



Berichte aus der Pflege

Nr. 26 – Juli 2014

Abschlussbericht

Modellvorhaben in rheinland-pfälzischen Krankenhäusern zur Optimierung der Arbeitsabläufe und zur besseren Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen

Verfasser: Prof. Dr. Renate Stemmer
Prof. Ruth Remmel-Faßbender
Katholische Hochschule Mainz

Prof. Dr. Martin Schmid
Hochschule Koblenz

Prof. Dr. Reinhold Wolke
Hochschule Esslingen



Rheinland-Pfalz

MINISTERIUM FÜR SOZIALES,
ARBEIT, GESUNDHEIT
UND DEMOGRAFIE

Modellvorhaben in rheinland-pfälzischen
Krankenhäusern zur Optimierung der Arbeits-
abläufe und zur besseren Aufgabenverteilung
zwischen den Berufsgruppen

Abschlussbericht

AutorInnen:

Prof. Dr. Renate Stemmer (Projektleitung)
Prof. Ruth Rimmel-Faßbender (Beratung Versorgungsmanagement)
Katholische Hochschule Mainz
Saarstr. 3
55122 Mainz

Prof. Dr. Martin Schmid (Quantitative Evaluation)
Hochschule Koblenz
Konrad-Zuse-Str. 1
56075 Koblenz

Prof. Dr. Reinhold Wolke (Ökonomische Evaluation)
Hochschule Esslingen
Flandernstraße 101
73732 Esslingen

Mainz, Koblenz, Esslingen, Dezember 2013

Vorwort



In Rheinland-Pfalz hat die gesundheitliche und pflegerische Versorgung einen hohen Stellenwert. Das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie hat im Rahmen der Kampagne „Menschen Pflegen“ bereits frühzeitig Modellprojekte initiiert, um Arbeitsabläufe und die Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen in Krankenhäusern zu optimieren.

An dem auf drei Jahre angelegten „Modellvorhaben in rheinland-pfälzischen Krankenhäusern zur Optimierung der Arbeitsabläufe und zur besseren Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen“ nahmen das Brüderkrankenhaus Trier, das Verbundkrankenhaus Berncastel/ Wittlich und das Westpfalz-Klinikum Kaiserslautern erfolgreich teil. Erprobt und umgesetzt

wurden Veränderungen im Versorgungsmanagement, eine effizientere Aufgabenverteilung zwischen medizinischen und pflegenden Berufsgruppen und eine weiterführende Qualifizierung von Pflegekräften.

Die bundesweit einzigartige Evaluation der Modellvorhaben zur Neuorganisation der Pflege in Krankenhäusern gibt wichtige Impulse zur zukünftigen Versorgung. Sie zeigt, dass sich eine konsequente Umsetzung dieser Module positiv für alle Beteiligten auswirkt. Eine stärkere Verantwortung der Pflegeberufe, klare Kompetenzverteilung und eine verbesserte Kommunikation zwischen den Berufsgruppen führen zu einem stärkeren Selbstbewusstsein der Pflegenden. Zudem haben die Modellvorhaben gezeigt, dass sowohl die durchschnittlichen Fallkosten als auch die durchschnittliche Verweildauer bei gleichbleibender Qualität und Patientenzufriedenheit deutlich gesenkt werden können.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen fordert seit Jahren, die Kompetenzen der Gesundheitsfachberufe zum Wohle der Patientinnen und Patienten stärker zu nutzen und die Arbeitsteilung zwischen den beteiligten Berufsgruppen zu verbessern. Die Ergebnisse sollen den Krankenhäusern Mut für weitere Verbesserungen in den Prozessen und in der Übertragung von Aufgaben zwischen den Berufsgruppen machen. Die Modellprojekte haben gezeigt, dass alle Berufsgruppen profitieren können

Ich danke allen Beteiligten, den wissenschaftlichen Gutachterinnen und Gutachtern und den Projektbeteiligten für ihr außerordentliches Engagement bei der Umsetzung und Auswertung der Modellvorhaben.

Die Evaluation der Modellprojekte bietet die Chance, von den Erfahrungen anderer zu lernen und Empfehlungen für zukünftige Gestaltungsaufgaben zu erhalten. Ich lade Sie herzlich ein, in Ihren eigenen Verantwortungsbereichen von den Ergebnissen der Evaluierung zu profitieren und die Pflege in den Krankenhäusern weiter zu stärken. Ich wünsche Ihnen dabei viel Erfolg!

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Alexander Schweitzer', written in a cursive style.

Alexander Schweitzer
Minister für Soziales, Arbeit,
Gesundheit und Demografie
des Landes Rheinland-Pfalz

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	4
TABELLENVERZEICHNIS.....	5
MANAGEMENT SUMMARY	7
1. AUSGANGSLAGE / HINTERGRÜNDE	10
1.1 DER DEMOGRAPHISCHE WANDEL UND SEINE FOLGEN.....	10
1.2 AUFGABENNEUVERTEILUNG UND PROZESSOPTIMIERUNG IM KRANKENHAUS.....	12
2. DIE MODELLVORHABEN IN RHEINLAND-PFÄLZISCHEN KRANKENHÄUSERN ZUR OPTIMIERUNG DER ARBEITSABLÄUFE UND ZUR BESSEREN AUFGABENVERTEILUNG ZWISCHEN DEN BERUFSGRUPPEN	16
2.1 PROJEKTSTRUKTUR UND PROJEKTVERLAUF	17
2.2 WISSENSCHAFTLICHE BERATUNG.....	21
2.3 INTERVENTIONEN IN DEN MODELLKRANKENHÄUSERN	24
3. EVALUATION	26
3.1 FORMATIVE EVALUATION	26
3.2 SUMMATIVE EVALUATION	27
3.2.1 QUANTITATIVE EVALUATION	28
3.2.1.1 Ziele der quantitativen Evaluation	28
3.2.1.2 Studiendesign und Methodik	28
3.2.1.3 Evaluationskriterien und Erhebungsinstrumente	29
3.2.1.4 Durchführung der quantitativen Datenerhebung.....	31
3.2.1.5. Ergebnisse der quantitativen Evaluation	35
3.2.2 QUALITATIVE EVALUATION	44
3.2.2.1 Ziele der qualitativen Evaluation.....	44
3.2.2.2 Studiendesign und Methodik	44
3.2.2.3 Ergebnisse der qualitativen Evaluation	45
3.2.3 ÖKONOMISCHE EVALUATION	73
3.2.3.2 Methodische Umsetzung im Arbeitspaket „Ökonomische Fragen“	73
3.2.3.3 Vorgehen ökonomische Evaluation.....	74
3.2.3.4 Eckdaten der Kosten- und Leistungsstatistik deutscher Krankenhäuser	81
3.2.3.5. Auswertungen nach Krankenhaus.....	85
3.2.3.5.1 Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern	85
3.2.3.5.1.1. Beschreibung der Interventionseinrichtung Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern.....	85
3.2.3.5.1.2 Vergleichende Beschreibung der Ausgangssituation im Jahr 2010	85

3.2.3.5.1.3 Vergleichende Analyse der Entwicklung der Kosten nach der Intervention.....	88
3.2.3.5.1.4 Fazit Westfalzklinikum Kaiserslautern	99
3.2.3.5.2 Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier	103
3.2.3.5.2.1 Vergleichende Beschreibung der Ausgangssituation im Jahr 2010	103
3.2.3.5.2.2 Vergleichende Analyse der Entwicklung der Kosten nach der Intervention.....	106
3.2.3.5.2.3 Fazit Brüderkrankenhaus Trier	115
3.2.3.5.3. Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich.....	119
3.2.3.5.3.1 Vergleichende Beschreibung der Ausgangssituation im Jahr 2010	119
3.2.3.5.3.2. Vergleichende Analyse der Entwicklung der Kosten nach der	122
Intervention.....	122
3.2.3.5.3.3. Fazit Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich	130
<u>4. ZUSAMMENFASSENDE BEWERTUNG</u>	<u>134</u>
<u>5. EMPFEHLUNGEN.....</u>	<u>139</u>
<u>LITERATURVERZEICHNIS</u>	<u>143</u>

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Entwicklung der Krankenhausfälle in Deutschland.....	11
Abbildung 2: Globalmaß der Patientenzufriedenheit (Schulnotenskala).....	35
Abbildung 3: Qualität der medizinischen Behandlung (Schulnotenskala)	36
Abbildung 4: Vertrauen zu Pflegekräften (Schulnotenskala)	36
Abbildung 5: Entscheidungsteilnahme des Patienten (Schulnotenskala).....	37
Abbildung 6: Erreichbarkeit des Personals (Schulnotenskala).....	37
Abbildung 7: Patientenunfreundlicher Tagesablauf (Schulnotenskala).....	38
Abbildung 8: Mitarbeiterbefragung Westpfalzlinikum Kaiserslautern: Vergleich t0 – t1 (Berufsgruppe Pflege)	39
Abbildung 9: Mitarbeiterbefragung Brüderkrankenhaus Trier Station 1B/2B: Vergleich t0 – t1 (Berufsgruppe Pflege)	39
Abbildung 10: Mitarbeiterbefragung Brüderkrankenhaus Trier Station 3D: Vergleich t0 – t1 (Berufsgruppe Pflege)	40
Abbildung 11: Mitarbeiterbefragung Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich: Vergleich t0 – t1 (Berufsgruppe Pflege)	40
Abbildung 12: Multimomentstudie Brüderkrankenhaus Trier: Anteil ausgewählter Tätigkeiten der Pflege im Frühdienst in %, Station 3D.....	43
Abbildung 13: DTA-Analyse Verbundkrankenhaus Bernkastel/ Wittlich: Anteil der Pflegefachkräfte an ausgewählten Tätigkeiten in %	43
Abbildung 14: Darstellung Vorgehen ökonomische Evaluation am Beispiel Fallkosten Brüderkrankenhaus Trier	76
Abbildung 15: Kostenstruktur der Krankenhäuser (Bund).....	83
Abbildung 16: Entwicklung der Fallkosten im Krankenhaus (Bund)	83
Abbildung 17: Personalstruktur Westpfalzlinikum Kaiserslautern, anteilig Durchschnitt pro Monat, Jahr 2010.....	86
Abbildung 18: Personalkosten Westpfalzlinikum Kaiserslautern, anteilig Durchschnitt pro Monat, Jahr 2010.....	87
Abbildung 19: Kostenstruktur Westpfalzlinikum Kaiserslautern Durchschnitt pro Monat, Jahr 2010	87
Abbildung 20: Fallkosten rechnerisch Westpfalzlinikum Kaiserslautern, Durchschnitt pro Monat, Jahr 2010.....	88
Abbildung 21: Personalstruktur Brüderkrankenhaus Trier, anteilig Durchschnitt pro Monat, Jahr 2010	104
Abbildung 22: Personalkosten Brüderkrankenhaus Trier, anteilig Durchschnitt pro Monat, Jahr 2010	104
Abbildung 23: Kostenstruktur Brüderkrankenhaus Trier Durchschnitt pro Monat, Jahr 2010.....	105
Abbildung 24: Fallkosten Brüderkrankenhaus Trier Durchschnitt pro Monat, Jahr 2010	105
Abbildung 25: Personalkosten Brüderkrankenhaus Trier in Euro / Entwicklung.....	108
Abbildung 26: Personalstruktur Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich, anteilig Durchschnitt pro Monat, Jahr 2010	120
Abbildung 27: Personalkosten Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich, anteilig Durchschnitt pro Monat, Jahr 2010	121
Abbildung 28: Kostenstruktur Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich Durchschnitt pro Monat, Jahr 2010.....	121

Abbildung 29: Fallkosten Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich Durchschnitt pro Monat, Jahr 2010.....	122
--	-----

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Zuordnung der Modellkrankenhäuser zu den Themenfeldern der Ausschreibung	18
Tabelle 2: Rücklauf der Patientenbefragung.....	32
Tabelle 3: Rücklauf der Mitarbeiterbefragung	33
Tabelle 4: Rücklauf der Mitarbeiterbefragung nach Berufsgruppen	34
Tabelle 5: Qualitätsindikator Dekubitusprophylaxe, Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich.....	41
Tabelle 6: Qualitätsindikator Dekubitusprophylaxe, Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern.....	42
Tabelle 7: Dekubitusprävalenz, Brüderkrankenhaus Trier	42
Tabelle 8: Anzahl der Interviews je Berufsgruppe und Modellkrankenhaus	45
Tabelle 9: Kategorienübersicht	46
Tabelle 10: Ergebnisse qualitative Interviews ÄrztInnen	47
Tabelle 11: Ergebnisse Auswertung qualitative Interviews Pflegefachpersonen	56
Tabelle 12: Erhebungsmaske (exemplarischer Ausschnitt).....	75
Tabelle 13: Vereinbarte Datensätze für die ökonomische Evaluation.....	77
Tabelle 14: Übersicht Daten ökonomische Evaluation 2010.....	79
Tabelle 15: Personalstruktur	81
Tabelle 16: Personalkosten	82
Tabelle 17: Eckdaten der Krankenhausstatistik	84
Tabelle 18: Personalstruktur im Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern in Vollstellen / Entwicklung in Prozent(punkten) , Durchschnitt pro Monat	90
Tabelle 19: Personalkosten Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern in Euro / Entwicklung in Prozent(punkten), Durchschnitt pro Monat	91
Tabelle 20: Durchschnittliche Personalkosten Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern pro Kopf/Monat in Euro / Entwicklung in Prozent(punkten).....	93
Tabelle 21: Kostenstruktur Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern in Euro / Entwicklung in Prozent(punkten), Durchschnitt pro Monat	94
Tabelle 22: Fallkosten Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern Fallkosten in Euro / Entwicklung in Prozent(punkten), Durchschnitt pro Monat	95
Tabelle 23: Leistungsindikatoren 1 Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern, Entwicklung Durchschnitt pro Monat.....	97
Tabelle 24: Leistungsindikatoren 2 Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern / Entwicklung Durchschnitt pro Monat.....	98
Tabelle 25: Analyse Wirtschaftlichkeit Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern - Produktivität Durchschnitt pro Monat	101
Tabelle 26: Personalausfall Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern in Prozent, Durchschnitt	102
Tabelle 27: Personalstruktur Brüderkrankenhaus Trier in Vollstellen / Entwicklung in Prozent (punkten), Durchschnitt pro Monat.....	107
Tabelle 28: Personalkosten Brüderkrankenhaus Trier in Euro / Entwicklung in Prozent(punkten), Durchschnitt pro Monat.....	109
Tabelle 29: Durchschnittliche Personalkosten Brüderkrankenhaus Trier pro Kopf /Monat in Euro / Entwicklung in Prozent(punkten).....	110

Tabelle 30: Kostenstruktur Brüderkrankenhaus Trier in Euro / Entwicklung in Prozent(punkten) Durchschnitt pro Monat.....	112
Tabelle 31: Fallkosten Brüderkrankenhaus Trier in Euro / Entwicklung in Prozent(punkten), Durchschnitt pro Monat.....	113
Tabelle 32: Leistungsindikatoren Brüderkrankenhaus Trier / Entwicklung, Durchschnitt pro Monat	114
Tabelle 33: Analyse Wirtschaftlichkeit Brüderkrankenhaus Trier / Produktivität des Personals in VK, Durchschnitt pro Monat.....	117
Tabelle 34: Ausfall und Fluktuation Brüderkrankenhaus Trier in Prozent / Entwicklung Durchschnitt pro Monat	118
Tabelle 35: Personalstruktur Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich in Vollstellen / Entwicklung in Prozent(punkten), Durchschnitt pro Monat	124
Tabelle 36: Personalkosten Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich in Euro / Entwicklung in Prozent(punkten), Durchschnitt pro Monat	125
Tabelle 37: Durchschnittliche Personalkosten Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich pro Kopf/Monat in Euro / Entwicklung in Prozent(punkten)	126
Tabelle 38: Kostenstruktur Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich in Euro / Entwicklung in Prozent(punkten), Durchschnitt pro Monat	127
Tabelle 39: Fallkosten Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich in Euro / Entwicklung in Prozent(punkten), Durchschnitt pro Monat	128
Tabelle 40: Leistungsindikatoren Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich / Entwicklung Durchschnitt pro Monat.....	129
Tabelle 41: Analyse Wirtschaftlichkeit Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich / Produktivität Durchschnitt pro Monat.....	132
Tabelle 42: Ausfall und Fluktuation Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich in Prozent / Entwicklung, Durchschnitt pro Monat	133

Zielsetzung des Gesamtprojektes

Die Zielsetzung des Gesamtprojektes besteht in der Untersuchung der Frage, ob durch ein optimiertes Versorgungsmanagement, eine gezieltere Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen und eine größere Eigenständigkeit von Pflegefachpersonen die Effizienz und Gesundheitsversorgung in Krankenhäusern in Rheinland-Pfalz verbessert werden kann.

Methodisches Vorgehen und Interventionen

Zur Evaluation wurde eine Kombination von formativen und summativen Verfahren eingesetzt. Zur projektbegleitenden Evaluation wurden in der Interventionsphase krankenhaus-spezifisch je vier bis fünf Reflexionstreffen mit den Projektbeteiligten vor Ort durchgeführt. Die summative Evaluation erfolgte im Vorher-Nachher-Design mit quantitativen Verfahren hinsichtlich der Versorgungsqualität (klinisches Outcome und Patientenzufriedenheit, erhoben mit dem Kölner Patientenfragebogen [KPF]) und der Mitarbeiterzufriedenheit (erhoben mit dem Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ), mit qualitativen Verfahren hinsichtlich dem Pflege-, Berufs- und Rollenverständnis von Pflegefachpersonen und ÄrztInnen sowie mit betriebswirtschaftlichen Verfahren hinsichtlich ökonomischer Auswirkungen.

Die Interventionen fanden in drei Modellkrankenhäusern in Rheinland-Pfalz statt, die die Zielsetzung der Aufgabenneuverteilung und des Versorgungsmanagements in spezifischen Konzepten umsetzten. Eine Neuverteilung von Aufgaben fand zwischen dem ärztlichen und dem Fachpflegepersonal statt sowie zwischen Fachpflegepersonal und pflegeunterstützendem Personal. Das Versorgungsmanagement wurde teilweise in einer Kombination von organisationsbezogenem und patientenindividuellem Fallmanagement realisiert, teilweise nur auf der Fallebene.

Zentrale Ergebnisse

Die Versorgungsqualität bewegt sich vor und nach der Intervention auf einem ähnlichen Niveau. Die Werte zum klinischen Outcomefaktor Dekubitusprophylaxe haben sich nicht verändert bzw. leicht verbessert. Auch die Patientenzufriedenheit ist weitgehend gleich geblieben. Nur zu einzelnen Items gibt es signifikante Veränderungen. So empfinden Patientinnen und Patienten den Tagesablauf nach der Umgestaltung der Arbeitsabläufe und der Aufgabenverteilung als patientenfreundlicher als zuvor. Zugleich hat sich in einem Modellkrankenhaus aus Sicht der PatientInnen die Erreichbarkeit des Personals verschlechtert. Das Instrument zur quantitativen Erhebung der Mitarbeiterzufriedenheit besteht aus 25 Skalen. In allen Modellkrankenhäusern veränderten sich 22 Skalen nicht. Je drei Skalen (u.a. zu Rollenkonflikten, Führungsqualität und Arbeitszufriedenheit) zeigen in zwei Modelleinrichtungen nach dem Projektende eine Verschlechterung der Werte auf Signifikanzniveau. Unklar ist, ob dies auf Programm- oder Durchführungsspezifika zurückzuführen ist.

In den qualitativen Daten zum Pflege-, Berufs- und Rollenverständnis von Pflegefachpersonen und MedizinerInnen zeigen sich eine verstärkte Bereitschaft von ÄrztInnen und Pflegefachpersonen zum interprofessionellen Dialog. Pflegefachpersonen mit - nach dem Projektende - gestärktem Selbstbewusstsein und der erhöhten Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme treffen auf die Erwartung von ÄrztInnen, sie mögen selbstständiger agieren und sich aktiver in Entscheidungsprozesse einbringen.

Die von beiden Berufsgruppen wahrgenommene Verbesserung der Versorgungsprozesse bestätigt das Ergebnis der Zufriedenheitsmessung von PatientInnen, die ihrerseits einen patientenfreundlicheren Tagesablauf konstatieren.

Allerdings zeigen sich auch Grenzen der Kooperation. Die Restrukturierungen werden von Teilen der medizinischen Berufsgruppe konkurrenzhaft erlebt und es kommt zu Distanzierungen von der Projektidee. So wird das Gesamtprojekt im Verlauf der Umsetzung mehr und mehr zu einem Projekt der pflegerischen Berufsgruppe.

Der Einsatz von Assistenz- und Servicepersonal wird von Pflegefachpersonen begrüßt, geht aber mit der Gefahr einher, dass bei hohem Arbeitsaufkommen Tätigkeiten delegiert werden, für die dieser Personenkreis nicht ausreichend qualifiziert ist.

Pflegende und MedizinerInnen beklagen einen hohen Zeitdruck. Für die Pflegenden hat sich dieser Druck zum Projektende weiter erhöht. Ein hoher Krankenstand in einem der Modellkrankenhäuser mag daraufhin weisen, dass die Belastungsobergrenze überschritten wurde.

In der ökonomischen Evaluation des Modellvorhabens zeigte sich, dass es den Einrichtungen in unterschiedlicher Weise gelungen ist, durch ihre Interventionen ihre Leistungsfähigkeit zu beeinflussen. In zwei Modelleinrichtungen konnten durch die Interventionen der Ressourcenverbrauch stabilisiert werden, obwohl die erbrachten Leistungen stiegen. Dies führte zu einer verbesserten Produktivität. Als problematisch ist einzuschätzen, dass es im Beobachtungszeitraum nicht durchgehend gelang, die modifizierten Aufgabenzuweisungen zwischen den Berufsgruppen in angepassten Budgetansätzen zu spiegeln.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die in den Teilprojekten durchgeführten Restrukturierungen haben sich weitgehend bewährt.

- Die positiven Ergebnisse zu den Aufgabenneuverteilungen beziehen sich primär auf die Übernahme von Einzeltätigkeiten. Gleichwohl sollten sie Mut machen, weitere Schritte auch in Richtung auf eine Übertragung von Aufgabenkomplexen zu gehen.
- Assistenz- und Servicepersonal kann das Pflegefachpersonal entlasten aber nicht ersetzen. Im Hinblick auf die Sicherstellung der Patientensicherheit ist diese Gruppe sehr gezielt einzusetzen.
- Systematisches Versorgungsmanagement scheint insbesondere in Form einer Kombination von fallübergreifender und fallbezogener Patientensteuerung zielführend. Die

Neuverteilung von Aufgaben und das Versorgungsmanagement sollten gemeinsam angegangen werden.

- Eine Weiterentwicklung im Sinne der Übertragung heilkundlicher Aufgaben nach § 63 Abs. 3c SGB V wird grundsätzlich für sinnvoll erachtet. Insbesondere Teil 1 der „Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011), der die Übertragung von diagnosebezogenen Tätigkeiten an Berufsangehörige der Pflegefachberufe regelt, weist in die richtige Richtung. Allerdings sollten Möglichkeiten des spezifischen Qualifikationserwerbs auch jenseits der Ausbildung eröffnet werden.
- Die strukturellen Veränderungen wie die Einführung des Versorgungsmanagements und der Bezugspflege haben zu Entwicklungen auf der Ebene von Einstellungen und Haltungen geführt. In den Projekten zeigt sich die gegenseitige Bedingtheit von Aufgabenzuschnitten, Selbstbewusstsein der Pflegenden und Erwartungen der Ärzteschaft. Diese Bedingtheit ist in weiteren Restrukturierungsmaßnahmen gezielt zu nutzen.
- Die Arbeitsbedingungen sind für beide Berufsgruppen herausfordernd. Durch die Restrukturierungen hat sich der Zeitdruck für die Pflegenden jedoch ein weiteres Mal erhöht und eine Belastungsbergrenze scheint erreicht. Diesem Zeitdruck sollte durch die konsequente Umsetzung der Aufgabenübernahme durch Pflegenden auf der Ebene des Budgets entgegengewirkt werden.

1. AUSGANGSLAGE / HINTERGRÜNDE

1.1 DER DEMOGRAPHISCHE WANDEL UND SEINE FOLGEN

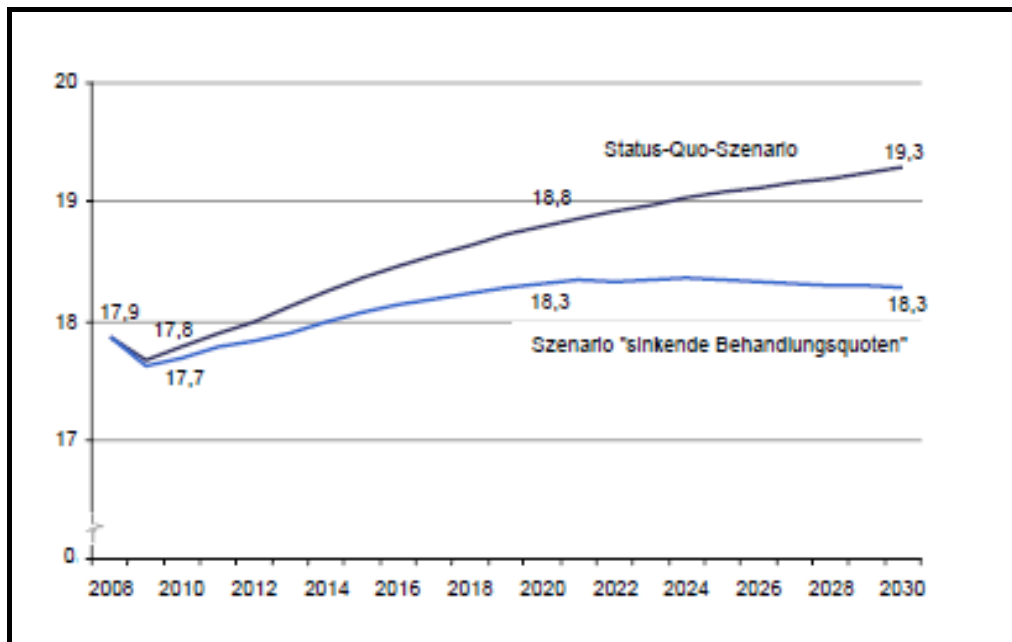
Der demographische Wandel ist schon heute in den deutschen Krankenhäusern spürbar. Bereits im Zeitraum von 1994 bis 2003 nahm in den Krankenhäusern der Anteil der Patientinnen und Patienten in der Altersgruppe der über 75-Jährigen um etwa 25 Prozent zu (Bartholomeyczik, 2007). Perspektivisch ist zu erwarten, dass der demographische Wandel dazu führt, dass die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen noch weiter steigen wird, da gerade ältere Menschen überproportional viele Krankenhausleistungen nachfragen. Während im Jahr 2008 etwa jede/r vierte EinwohnerIn über 60 Jahre alt war, gehörte jede/r zweite KrankenhauspatientIn diesen Altersgruppen an. Die 60- bis unter 80-Jährigen (21 Prozent der Bevölkerung) stellen 35 Prozent der Krankenhaufälle, die ab 80-Jährigen (5 Prozent der Bevölkerung) 14 Prozent (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010).

Folgt man der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, wird die Gruppe der über 60-Jährigen in den kommenden Jahrzehnten stark zunehmen. Wird die Vorausberechnungsvariante „untere Grenze der mittleren Bevölkerungsentwicklung“ zu Grunde gelegt, werden im Jahr 2030 rund 7,3 Millionen mehr über 60-Jährige in Deutschland leben (28,5 Millionen) als im Jahr 2009 (21,2 Millionen), was einer Zunahme von 34,5 Prozent entspricht. Im Jahr 2030 würden dann 37 Prozent der EinwohnerInnen in Deutschland zu den über 60-Jährigen zählen – im Jahr 2009 war dies noch ein Viertel der Bevölkerung. Vor dem Hintergrund einer deutlich gesunkenen Bevölkerungszahl würde sich bis 2050 der Anteil der über 60-Jährigen auf 40 Prozent der Bevölkerung weiter erhöhen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010).

Die Nachfrage nach Krankenhausbehandlungen ist jedoch nicht nur von der demographischen Entwicklung abhängig. Höherer Wohlstand und gesündere Ernährung tragen dazu bei, dass auch alte und hochaltrige Menschen weitgehend gesund sein können (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010). Zu erwarten ist allerdings, dass es durch die steigenden Zahlen älterer Menschen und die damit verbundene höhere Anzahl an multimorbiden PatientInnen zu einer Steigerung der erforderlichen pflegerischen Leistungen kommt (Bartholomeyczik, 2007). Für Deutschland wird beispielsweise geschätzt, dass der Anteil der Menschen, die stationäre oder ambulante Pflege in Anspruch nehmen müssen, bis ins Jahr 2020 um etwa 40 Prozent ansteigen wird (Hof 2001 in: Hasselhorn, Müller, Tackenberg, Kümmerling, & Simon, 2005).

Das Statistische Bundesamt entwickelte unterschiedliche Szenarien zum Behandlungs- und Pflegebedarf. Im Szenario „sinkende Behandlungsquoten“ (hier wird von einer eher zurückhaltenden Entwicklung der Nachfrage ausgegangen), kommt es gleichwohl insgesamt zu einer Erhöhung der Krankenhaufälle bis zum Jahr 2030. Die Hochrechnungen ergeben, dass es perspektivisch zwischen 0,4 und 1,4 Millionen mehr Behandlungen geben wird als heute (Afentakis & Maier, 2010) (Abbildung 1).

Abbildung 1: Entwicklung der Krankenhausfälle in Deutschland



Quelle: (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010, 16)

Für Rheinland-Pfalz wird seitens des Statistischen Bundesamtes von einer Steigerung der Krankenhausfälle um 7,5 Prozent ausgegangen, von 935.000 Fällen im Jahr 2008 auf 1.005.000 Fälle im Jahr 2030. Dabei wird ein überproportionaler Anstieg von Krankenhausfällen aufgrund von Herz-/Kreislaufkrankungen (von 142.000 auf 175.000 Fälle im Prognosezeitraum, plus 23,8 Prozent) und von Neubildungen (von 96.000 auf 111.000 Fälle im Prognosezeitraum, plus 16,1 Prozent) erwartet (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010). Seitens des statistischen Bundesamtes wird konstatiert: „Für die Krankenhausplanung bedeutet dies, dass Änderungen im künftigen Bedarf an Einrichtungen und medizinischem Personal absehbar sind. Die Auswirkungen werden sich aber vermutlich nicht nur auf den Krankenhausbereich beschränken. Hier sei auch der Bereich der notärztlichen Versorgung genannt, der vor allem bei Herz-/Kreislaufkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall etc. eine wichtige Rolle spielt“ (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010, 1).

Es stellt sich die Frage, wie die gesundheitliche Versorgung in den kommenden Jahrzehnten sichergestellt wird. Schließlich kommt zum oben ausgeführten Szenario der Nachfrageexpansion hinzu, dass wahrscheinlich weniger Menschen zur Verfügung stehen, um dem steigenden Versorgungsbedarf zu begegnen. So herrscht schon heute in nahezu allen Ländern der europäischen Union ein Mangel an professionell Pflegenden. Der demografische Wandel der nächsten 20 bis 30 Jahre wird diese Situation noch verschärfen, sollten keine Gegenmaßnahmen ergriffen werden. Dabei ist die Entwicklung absehbar, dass vor dem Hintergrund der steigenden Anzahl der Menschen über 64 Jahren der Anteil jüngerer ArbeitnehmerInnen abnehmen und der Anteil älterer ArbeitnehmerInnen ansteigen wird (Hasselhorn et al., 2005). Bereits 2020 werden in Deutschland nach Vollzeitstellen berechnet fast 56.000 Ärz-

Innen sowie 140.000 Pflege- und andere Angehörige von Gesundheitsfachberufen fehlen. Bis 2030 droht die Personallücke in der Gesundheitsversorgung sogar auf über 950.000 Fachkräfte anzuwachsen (Ostwald, Ehrhardt, Bruntsch, Schmidt, & Friedl, 2010). Verantwortlich für den Fachkräftemangel ist folglich nicht zuletzt der demografische Wandel. Die Alterung der Gesellschaft lässt die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen steigen. Gleichzeitig gehen in den kommenden Jahren immer mehr Fachkräfte in den Ruhestand, ohne dass ausreichender Nachwuchs zur Verfügung steht (Ostwald et al., 2010). Fachkräfte werden in allen Branchen gesucht. Die Attraktivität der Arbeitsplätze entscheidet über die Berufswahl. Hierarchische Strukturen, das relativ geringe Lohnniveau und ungünstige Arbeitszeiten führen dazu, dass der Pflegeberuf bei der Berufswahl eine nachrangige Rolle einnimmt. Die Technische Universität Dortmund befragte gemeinsam mit dem Meinungsforschungsinstitut forsa im Jahr 2010 in einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage 2.528 Personen zu ihren Einschätzungen zur Pflege und zu Arbeitsbedingungen der Pflege nach einem Schulnotensystem (sehr gut bis ungenügend). Die Qualität der pflegerischen Dienstleistung wurde mit durchschnittlich 3,1, die fachliche Kompetenz der Pflegekräfte mit durchschnittlich 2,7 benotet. Kritischer wurden in der Studie vor allem die Verdienstmöglichkeiten, die Arbeitsbedingungen und die Aufstiegsmöglichkeiten in der Alten- und Krankenpflege gesehen. Hier wurden Noten um die 4,0 (ausreichend) vergeben (Ciesinger, Goesmann, Klatt, Lisakowski, & Neuendorf, 2011).

1.2 AUFGABENNEUVERTEILUNG UND PROZESSOPTIMIERUNG IM KRANKENHAUS

Die hier ansatzweise skizzierten weitreichenden gesellschaftlichen Veränderungen stellen das Gesundheitssystem vor neue Herausforderungen und erfordern innovative Lösungsansätze. Es stellt sich die Frage, wie vor dem Hintergrund der beschriebenen Entwicklungen Krankenhäuser zukünftig eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung aufrechterhalten können. Ostwald et al. konstatieren, dass - wenn nicht gegengesteuert wird -, die Pflegefachkräfte in den Krankenhäusern „durchschnittlich 60 Stunden in der Woche arbeiten müssen, wenn die Versorgungsqualität nicht absinken soll“ (Ostwald et al., 2010). In den kommenden 20 Jahren würden die PatientInnen die katastrophale Versorgungssituation und die dramatische Überbelastung der verbliebenen Fachkräfte zu spüren bekommen. Dabei entginge der Gesamtwirtschaft eine Wertschöpfung von 35 Milliarden Euro pro Jahr (Ostwald et al., 2010).

Im deutschen Gesundheitswesen – insbesondere in der stationären Versorgung – werden seit Anfang der 1990er Jahre verstärkt Reformen durchgeführt. In der Folge zeigt sich auf der einen Seite eine kontinuierlich sinkende Verweildauer. Dem steht auf der anderen ein Anstieg der stationären Behandlungsfälle bei gleichzeitigem Rückgang der Berechnungs-/ Belegungstage gegenüber. Die Anzahl der Krankenhäuser und die Anzahl der Betten sinken seit 1991. Parallel zu dieser Entwicklung hat sich auch die Personalsituation im Krankenhaus verändert. Zwischen 1991 und 2004 kam es beim ärztlichen Personal zu einem Anstieg der Be-

schäftigten um über 20 Prozent von 95.000 auf über 117.000. Bis 1995 folgte diesem Anstieg des ärztlichen Personals (6,7 Prozent) auch ein Aufbau beim Pflegepersonal (7,5 Prozent). Seit 1996 zeigt sich jedoch ein Kapazitätsabbau im Pflegebereich – bis 2004 nahm die Anzahl der Beschäftigten in der Pflege kontinuierlich um 12 Prozent von über 350.000 auf 309.000 Beschäftigte ab (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (Hrsg.), 2006). Im Jahr 2007 gab es noch knapp 298.000 Beschäftigte in der Pflege (Offermanns & Neiheiser, 2010). Dagegen ist das Verhältnis zwischen dem examinierten Pflegepersonal und dem nicht-examinierten Pflegepersonal (90:10) in Deutschland von 1999 bis 2003 mit kleinen Schwankungen im Zeitverlauf nahezu unverändert geblieben (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (Hrsg.), 2006).

Der sich nunmehr abzeichnende Fachkräftemangel im Gesundheitswesen macht einen grundlegenden Umbau des Systems unvermeidlich (Ostwald et al., 2010). Schon heute gibt es eine Diskussionen um erhebliche Belastungen für MedizinerInnen¹ und Pflegenden².

Zu den diskutierten und propagierten Lösungsansätzen im Krankenhaus gehören die systematische Neuverteilung von Aufgaben zwischen den Berufsgruppen verbunden mit der Zielsetzung, die vorhandenen Potentiale besser zu nutzen sowie die Einführung eines gezielten Versorgungsmanagements. Von Delegation spricht man in diesem Zusammenhang, wenn die Verantwortung für die Durchführung einer Tätigkeit von einer Person/Gruppe auf eine andere übertragen wird. Die Rechenschaftspflicht bleibt bei der Person/Gruppe erhalten, die eine oder mehrere Aufgaben an eine andere Person/Gruppe delegiert hat. In Abgrenzung dazu steht die Aufgabenzuteilung, die die Übertragung der Verantwortung und Rechenschaftspflicht für eine Tätigkeit von einer Person/Gruppe auf eine andere Person/Gruppe mit vergleichbaren Kompetenzen und formalen Qualifikationen beschreibt (Kelly-Heidenthal & Marthaler, 2008). Um die o.g. Zielsetzung zu erreichen, ist es zentral, Aufgaben zu identifizieren, die an andere Berufsgruppen delegierbar oder zuteilbar sind, ohne dass die Qualität der Versorgung sich dadurch verschlechtert.

Eine ausführliche Analyse der Ausgangslage und Optionen zu Fragen der Aufgabenneuverteilung zwischen den Berufsgruppen und zur Reorganisation des Versorgungsmanagements sind im „Gutachten zu den zukünftigen Handlungsfeldern in der Krankenhauspflege“ (Stemmer, Haubrock, & Böhme, 2008), das im Auftrag des rheinland-pfälzischen Sozialministerium erstellt wurde, dargelegt.

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) verweist auf die Notwendigkeit, die Neustrukturierung von Aufgaben gut vorzubereiten: „Je mehr unterschiedliche Qualifikationsniveaus und Aufgabenzuschnitte existieren, desto größer ist auch die Gefahr von Schnittstellenproblemen und arbeitsorganisatorischen Friktionen (...). Die Schnittstellenprobleme müssen orga-

¹ Die Termine „MedizinerInnen“ und „ÄrztInnen“ werden synonym benutzt.

² Mit dem Begriff „Pflegende“, „Pflegefachkräfte“ und „Pflegefachpersonen“ sind jeweils professionelle Pflegefachpersonen mit einer 3-jährigen abgeschlossenen Berufsausbildung gemeint.

nisatorisch gelöst werden. Diese Verantwortung trifft primär den Krankenhausträger“ (Offermanns et al., 2010, 121). Um der Schnittstellenprobleme vorzubeugen, muss ein durchdachtes und klar gegliedertes System von Aufgabenzuordnungen eingeführt werden. Hierfür bedarf es einer verbesserten Zusammenarbeit der Berufsgruppen im kollegialen Miteinander. Dabei ist die Ermittlung von übertragbaren Aufgaben der Ausgangspunkt für die weitere Untersuchung. „Natürlich ist es wichtig zu wissen, was an anders qualifizierte Mitarbeiter übertragen werden kann. Dieses Wissen allein hilft aber nicht viel, wenn man nicht die Rahmenbedingungen, die Prozesse und die daraus folgenden organisatorischen Aspekte beachtet“ (Offermanns et al., 2010, 8f). Im Zusammenhang mit der Aufgabenneuverteilung müssen zudem versicherungs- und haftungsrechtliche rechtliche Fragen geklärt werden.

Neben der Aufgabenneuverteilung stellt die Optimierung von Prozessen und die Gestaltung der Arbeitsorganisation eine wesentliche Herausforderung dar. „Letztlich geht es bei der Übertragung von Aufgaben ... immer um eine Veränderung von Prozessen. Wer nur Tätigkeiten übertragen will, ohne Prozesse zu verändern, wird scheitern“ (Offermanns et al., 2010, 9). Das DKI schlägt vor, für die Optimierung der Prozesse Aufgabenfelder zu definieren, die eine sinnvolle Kombination von Tätigkeiten ermöglichen, damit es nicht zu zusätzlichen Schnittstellenproblematiken kommt. Es besteht die Gefahr, dass Einzeltätigkeiten auf unterschiedliche Berufsgruppen verteilt werden und damit die ganzheitliche und individuelle Betreuung der PatientInnen nicht mehr stattfindet. Zusätzliche Abstimmung und Kommunikation ist gefordert. Die Aufgabenneuverteilung betrifft nicht nur die Medizin und Pflege, sondern alle kooperierenden Gruppen innerhalb der Prozesskette sind zu betrachten. Das gesamte Behandlungsteam sollte von Anfang an in die Umstrukturierung und mit einbezogen werden (Offermanns et al., 2010)

Innerhalb eines krankenhausbezogenen Versorgungsmanagements hat sich Case Management (CM) als methodisches Handlungskonzept für die Organisation etabliert (Ewers & Schaeffer, 2005; Bostelaar & Pape, 2008; Reibnitz, 2009). Case Management ist ein übergreifendes stufenweises Verfahren, das die Gesundheitspolitik als Steuerungsinstrument favorisiert, weil es sowohl die Einzelfallebene (Patientenorientierung) als auch die System (Organisations-)ebene gleichermaßen umfasst. „Die beschriebene Komplexität der Versorgungssituation und die Vielzahl der Akteure sind die klassischen Begründungen für den Einsatz der Methode Case Management. Für den Bereich der Krankenhäuser können wir ... feststellen, dass die Komponente ‚Vielzahl der Akteure‘ eigentlich immer und die Komponente ‚Höhe der Komplexität‘ in zunehmendem Maße für das Krankenhaus Klientel zutrifft. Damit ist der Einsatz von Case Management im klassischen Sinn begründet“ (Thiry, 2009, 64). Für das Setting Krankenhaus definieren Bostelaar u.a. (2008) Case Management als einen Prozess der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Patientenversorgung über alle Abteilungen hinweg. Es umfasst die Einschätzung, Planung, Dokumentation, Koordination, Organisation und Evaluation von Gesundheitsleistungen. Der individuelle medizinische und pflegerische und psychosoziale Behandlungs- und Versorgungsbedarf einer Patientin bzw. eines Patienten wird ganzheitlich eruiert und geplant. CM begleitet eine/n Patientin bzw. Patienten durch den Behandlungspfad unter dem Aspekt der Qualitätssicherung und der Kostenkontrolle.

Vor- und nachstationäre Prozesse werden mit einbezogen und von einer dafür qualifizierten Case Managerin / einem Case Manager organisiert und koordiniert. Auch in Kombination mit Entlassungsmanagement ist Case Management für viele Krankenhäuser mittlerweile die Methode der Wahl. Die konkrete Ausgestaltung des krankenhausspezifisch umgesetzten CM-Konzeptes ist jedoch recht unterschiedlich (Thiry, 2009).

Case Management ist ein Verfahren, das auf einen verbesserten Prozess der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Patientenversorgung abzielt. Veränderungen im Sinne von CM erfordern die aktive Mitgestaltung und Profilierung der unterschiedlichen Dienste und eine Veränderung im Denken hinsichtlich des im Krankenhaus vorherrschenden hierarchischen Verständnisses der beteiligten Professionen. Die mit der Hierarchie einhergehende konkurrierende monoprofessionelle Sichtweise muss zwangsläufig im Sinne stärkerer Patientenorientierung und -partizipation aufgegeben werden. Um das Potential der beteiligten Berufsgruppen nutzen zu können, müssen sie den eigenen professionellen Beitrag am Behandlungs- und Versorgungsprozess jeweils zur Geltung bringen. Als verbindendes „gemeinsames Drittes“ für die erforderliche systematische Vernetzung der Dienste muss der Blick der beteiligten AkteurInnen auf die Diagnostik und Therapie der Krankheit und Bewältigung der Erkrankungsfolgen bezogen sein.

Versorgungsmanagement als Begriff wird im deutschen Gesundheitswesen einmal für die krankenhauses internen Ablaufprozesse als auch für die Koordination und Kooperation der zu erbringenden Behandlungs- / und Unterstützungsleistungen zwischen den Akteuren in der gesamten Gesundheitsversorgung verwendet. Seit dem 1. April 2007 ist der Terminus „Versorgungsmanagement“ im Sozialgesetzbuch Fünf (SGB V) in Deutschland verankert. Laut § 11 Abs. 4 SGB V haben gesetzlich krankenversicherte Personen einen Rechtsanspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen, also z. B. beim Übergang von der stationären Krankenhausbehandlung in erforderliche ambulante Anschlussdienste. Die Leistungserbringer (d. h. das Krankenhaus oder die Reha-Klinik) sind verpflichtet, das Versorgungsmanagement durchzuführen, das heißt, die nachfolgenden Leistungen zu organisieren und die Überleitung in diese Leistungen zu gewährleisten.

Das Entlassungsmanagement hat zum Ziel, PatientInnen mit erhöhtem Risiko bereits bei der stationären Aufnahme zu erfassen und die Behandlung während des Aufenthaltes medizinisch und pflegerisch so zu steuern, dass der poststationäre individuelle Unterstützungsbedarf ermittelt, die entsprechenden Hilfen in die Wege geleitet und Versorgungsbrüche vermieden werden. Die PatientInnen, die Angehörigen und die interdisziplinär erforderlichen Berufsgruppen sind im Sinne einer ganzheitlichen Einschätzung zu beteiligen. So stellt das Entlassungsmanagement einen Hauptanwendungsbereich für ein Versorgungsmanagement zur Gewährleistung des nahtlosen Übergangs von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung oder zur Rehabilitation dar.

Es gibt in Deutschland aktuell recht unterschiedliche Modelle des Versorgungsmanagements in den Krankenhäusern. Im Fokus stehen dabei meist sowohl die Analyse und ggfs. die Neuorganisation interner Abläufe als auch die Koordination der weiterführenden Behandlung. Die Herausforderung ist dabei, systematische, transparente, fachlich begründete Verfahren für die Prozesssteuerung von der Aufnahme bis zur Entlassung zu entwickeln, die die Berufsgruppen Medizin, Pflege, Physiotherapie, Ernährungs- und Wundmanagement, Soziale Arbeit u.a. im Sinne interdisziplinärer ganzheitlicher Versorgung für eine bedarfsgerechte optimale Patientenversorgung miteinander verknüpft und funktional zusammenführt. Ziel ist, dass die unterschiedlichen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen sich im Hinblick auf die Versorgung der PatientInnen als eine Handlungseinheit verstehen.

Die Implementierung eines Modells der Versorgungssteuerung ist immer auch eine unternehmerische Entscheidung, um das Verhältnis von Effektivität und Effizienz der erbrachten Leistungen zu verbessern. Ein professionelles und qualitätsorientiertes Versorgungsmanagement in Akutkrankenhäusern muss sowohl auf der Handlungsebene als auch auf Organisationsebene verschiedene Anforderungen erfüllen und mit den jeweiligen Instrumenten des Qualitätsmanagements kompatibel sein. Bestandteil eines qualifizierten Versorgungsmanagements ist die Einbindung aller internen und externen Kooperationspartner sowohl auf der Handlungs- als auch der Strukturebene. Es bedarf der Akzeptanz und Identifikation aller beteiligten Professionen mit dem Konzept der gesteuerten Versorgung als auch die Bereitschaft, die Behandlung durch vernetzte, abgestimmte und standardisierte Prozesse zu verbessern (Ribbert-Elias, 2011).

2. DIE MODELLVORHABEN IN RHEINLAND-PFÄLZISCHEN KRANKENHÄUSERN ZUR OPTIMIERUNG DER ARBEITSABLÄUFE UND ZUR BESSEREN AUFGABENVERTEILUNG ZWISCHEN DEN BERUFSGRUPPEN

Das Sozialministerium Rheinland-Pfalz hat sich mit verschiedenen Vorhaben und Projekten der o.g. Problemstellung angenommen. Dazu gehören die 2006 ins Leben gerufene Initiative „Stärkung der Pflege im Krankenhaus“ ebenso wie in 2007 die Vergabe eines „Gutachtens zu den zukünftigen Handlungsfeldern in der Krankenhauspflge“ (Stemmer et al., 2008) und die Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe 2012, die auf das Branchenmonitoring aufbaut, das seit 2002 durchgeführt wird (Ministerium für Soziales, 2013).

In zahlreichen deutschen Krankenhäusern werden organisatorische Veränderungen durchgeführt, die im o.g. Kontext anzusiedeln sind. Allerdings werden ihre Auswirkungen in der Regel nicht systematisch und wissenschaftlich evaluiert, so dass vielfach offen bleibt, ob die jeweiligen Anstrengungen tatsächlich zielführend sind. In Fortführung seiner Aktivitäten hat das Sozialministerium des Landes Rheinland-Pfalz im Oktober 2009 eine Ausschreibung durchgeführt mit dem Ziel, überprüfen zu lassen, ob durch ein optimiertes Versorgungsmanagement, eine gezieltere Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen und eine größere Eigenständigkeit von Pflegefachpersonen die Effizienz und Gesundheitsversorgung in

Krankenhäusern in Rheinland-Pfalz verbessert werden kann. Mit Schreiben vom 15.12.2009 wurde der Auftrag zur „Durchführung einer wissenschaftlichen Begleitung der Modellvorhaben in rheinland-pfälzischen Krankenhäusern zur Optimierung der Arbeitsabläufe und zur besseren Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen“ der Katholischen Hochschule Mainz (damals noch Fachhochschule Mainz) gemeinsam mit der Hochschule Esslingen unter der Leitung von Prof. Dr. Renate Stemmer erteilt. Grundlage war das Angebot der beiden Hochschulen vom 07.12.2009.

Die qualitativen und ökonomischen Folgen der „Modellvorhaben in rheinland-pfälzischen Krankenhäusern zur Optimierung der Arbeitsabläufe und zur besseren Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen“ sind Gegenstand der vorliegenden Untersuchung. In internationalen Studien hat sich gezeigt, dass Reorganisationsprozesse im Sinne des Einsatzes von Personal mit abgestufter Qualifizierung Auswirkungen auf den Versorgungsprozess und die Qualität der Versorgung haben können. So kann von signifikanten Zusammenhängen zwischen der Pflegekapazität (Personalmenge und -mix) und der Mortalität bei verspäteter Hilfe im Notfall sowie dem Auftreten von Pneumonien ausgegangen werden (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (Hrsg.), 2006). Die Reorganisation hat aber auch eine ökonomische Dimension. In einschlägigen Datenbanken finden sich allerdings nur wenige empirische Befunde, die darauf hinweisen, dass die angestrebte Kostenersparnis auch gelingen kann.

Die möglichen Einsparungen über die Lohndifferenz zwischen ärztlichem Personal, pflegerischem Personal und anders qualifizierten MitarbeiterInnen stellen aber nur einen Aspekt der ökonomischen Dimension dar. Ein weiterer entscheidender Aspekt ergibt sich aus den - im Zuge der Neuordnung von Tätigkeiten - modifizierten Prozessen und Zuordnungen. Je stärker bislang unzureichend strukturierte Prozesse verändert und verbessert werden, desto höher werden voraussichtlich die Einsparungen sein (Offermanns et al., 2010).

2.1 PROJEKTSTRUKTUR UND PROJEKTVERLAUF

Im Zusammenwirken des Lenkungsausschusses, der sich aus Mitgliedern der Initiative „Stärkung der Pflege im Krankenhaus“ zusammensetzte, und dem Sozialministerium des Landes Rheinland-Pfalz wurden im Sommer 2009 vier Krankenhäuser auf der Grundlage eingereicherter Konzepte ausgewählt, um modellhaft innovative organisatorische Veränderungen in den Feldern Versorgungsmanagement und Aufgabenneuverteilung zwischen den Berufsgruppen in rheinland-pfälzischen Krankenhäusern zu erproben.

Die Entscheidung, ob Aufgabenneuverteilung und Versorgungsmanagement aufgegriffen oder nur ein Bereich ausgewählt wurde, lag bei den Krankenhäusern selbst und wurde unterschiedlich getroffen.

Tabelle 1: Zuordnung der Modellkrankenhäuser zu den Themenfeldern der Ausschreibung

Versorgungsmanagement	Neuverteilung von Aufgaben
Universitätsmedizin Mainz	Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier
Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich (Projektdurchführung im St. Elisabeth Krankenhaus Wittlich)	Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich (Projektdurchführung im St. Elisabeth Krankenhaus Wittlich)

In der Struktur des Gesamtprojektes lassen sich drei ‚Player‘ mit unterschiedlichen Aufgaben differenzieren:

- das Sozialministerium des Landes Rheinland-Pfalz,
 - Ausschreibung der Modellprojekte
 - Auswahl der Modellkrankenhäuser (im Benehmen mit dem Lenkungsausschuss)
 - Auswahl und Finanzierung der wissenschaftlichen Begleitung
 - finanzielle Unterstützung der Modellkrankenhäuser bei der Erstellung von Curricula
- die Modellkrankenhäuser
 - Erstellung der Interventionskonzepte
 - Durchführung der organisatorischen Veränderungen
 - Bereitstellung von Ressourcen für die organisatorischen Veränderungen
- die Katholische Hochschule Mainz und die Hochschule Esslingen
 - Beratung
 - Evaluation.

Die genaue Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung lag in der

- Beratung und Unterstützung der Modellkrankenhäuser in der Vorbereitungs- und Durchführungsphase
- der Reflexion des Projektverlaufs im Hinblick auf die Ziele des Modellvorhabens ggf. Hilfestellungen bei erforderlichem Weiterentwicklungsbedarf
- der Dokumentation des Modellvorhabens durch Erstellung eines Sachstandsberichtes im Zusammenwirken mit den Projektverantwortlichen der Modellkrankenhäuser
- der Analyse und Bewertung der Erkenntnisse und Ergebnisse der Teilprojekte der Modellvorhaben
- der Erarbeitung von Empfehlungen zur Aufgabenneuverteilung, zur diesbezüglichen Änderung von Berufsgesetzen und des Weiterbildungsrechts sowie die Erarbeitung von Empfehlungen zum Versorgungsmanagement
- Mitarbeit in der Arbeitsgruppe von Projektbeteiligten sowie die Zusammenarbeit mit dem Lenkungsausschuss
- Unterstützung von projektbezogenen Fachveranstaltungen.

Diese Aufgabenstellungen wurden im Hinblick auf Erkenntnisse und Ergebnisse für die verschiedenen Teilprojekte weiter spezifiziert, beispielsweise finden sich hier Fragen nach Auswirkungen der Interventionen auf die Versorgungsqualität, die Patientenzufriedenheit, Kommunikationsbedarfe zwischen den Berufsgruppen und ökonomische Effekte. Zu den bereichsspezifischen Aspekten gehört im Kontext der Aufgabeneuverteilung die Frage danach, ob pflegeunterstützende MitarbeiterInnen in Zeiten erhöhten Arbeitsaufkommens Aufgaben übernehmen, für die sie nicht ausgebildet sind und für den Bereich des Versorgungsmanagements nach Abweichungen vom Versorgungspfad.

Diese Konstruktion verteilte die Verantwortlichkeiten für die Erreichung des Projektziels auf alle Beteiligten. Eine übergeordnete Projektleitung wurde nicht eingesetzt. Von keiner Seite bestand ein Durchgriffsrecht, so dass die Projektsteuerung nur moderierend erfolgen konnte.

Diese Ausgangslage erwies sich als herausfordernd angesichts des Spannungsfeldes zwischen den Anforderungen der Praxis und jenen einer wissenschaftlichen Evaluation, die darauf abzielt, belastbare Aussagen zu erzeugen. Krankenhäuser stehen aus inhaltlichen, politischen und wirtschaftlichen Gründen unter hohem Legitimationsdruck. Dies erzeugt einen ständigen Anpassungsbedarf, der zu immer neuen Veränderungen und sich teilweise überlagernden Projekten führt. Darüber hinaus beeinflussen hausinterne Dynamiken wie personelle Wechsel auf der Leitungs- oder Durchführungsebene die Projektumsetzung. Zu den Anforderungen einer wissenschaftlichen Evaluation, die die Wirkung von Interventionen untersuchen will, gehören demgegenüber als Minimum eine eindeutig beschriebene Intervention sowie eine zuverlässige Umsetzung dieser Intervention über einen definierten ausreichend langen Zeitraum.

Mit den Modellvorhaben in rheinland-pfälzischen Krankenhäusern zur Optimierung der Arbeitsabläufe und zur besseren Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen war zusätzlich eine (berufs-)politische Brisanz verbunden, die sich im Projektverlauf in unterschiedlicher Weise niederschlug. Dazu gehörten Pressemitteilungen des Präsidenten der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz im Februar 2010 und kritische Beiträge im Ärzteblatt Rheinland-Pfalz (Hessenauer, 2010). Auch das Deutsche Ärzteblatt griff im April 2010 die Thematik der Aufgabeneuverteilung auf und warnte vor negativen Konsequenzen (Gerst & Hibbeler, 2010). Die Fraktion der CDU stellte eine Anfrage zu den Modellprojekten im Sozialpolitischen Ausschuss des Landtages Rheinland-Pfalz. Diese Anfrage wurde auf der 41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 15.04.2010 von der damaligen Sozialministerin Malu Dreyer beantwortet.

Trotz dieser Aktivitäten wurde der geplante Projektstart zum 01.03.2010 eingehalten.

Die komplexe Anlage dieses Projektes führte zu differenzierten projektbezogenen und projektinternen Kommunikationsstrukturen

- Die Durchführung der Modellvorhaben in rheinland-pfälzischen Krankenhäusern zur Optimierung der Arbeitsabläufe und zur besseren Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen wurde begleitet durch den Lenkungsausschuss des Projektes „Stärkung der Pflege im Krankenhaus“.
- Auf Initiative der VertreterInnen der Modellkrankenhäuser bildete sich eine „AG-Modellkrankenhäuser in Rheinland-Pfalz“ mit dem Ziel, untereinander Vorgehensweisen abzustimmen und Erfahrungen auszutauschen. VertreterInnen des Sozialministeriums Rheinland-Pfalz und der wissenschaftlichen Begleitung wurden jeweils eingeladen und nahmen teil.
- Die Modellkrankenhäuser wurden jeweils von Mitgliedern der wissenschaftlichen Begleitung mehrmals vor Ort besucht mit der Zielsetzung der inhaltlichen Beratung sowie der Vorbereitung und teilweise auch der Durchführung evaluativer Schritte.

Die Routinephase, also die Phase, in der die Umstrukturierungen realisiert waren und die zum Referenzzeitraum für die Datenerhebungen wurde, betrug zwölf Monate. Es war geplant, der Routinephase eine Implementierungsphase vorzuschalten. Im Brüderkrankenhaus Trier und im Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich ist dies gelungen. Die Implementierung fand jeweils im ersten Halbjahr 2011 statt. Die Routinephase des Brüderkrankenhauses Trier sowie das Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich starteten zum 01.07.2011 und umfasste einen Zeitraum von zwölf Monaten.

Die geplanten Umstrukturierungen im Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern verzögerten sich aus unterschiedlichen Gründen. Zum einen kam es aufgrund erforderlicher Baumaßnahmen zu einem zeitlichen Aufschub, zum anderen kam vor Implementierungsbeginn die Forderung nach einem ethischen Votum auf. Der Ethikantrag wurde (intensiv unterstützt durch die wissenschaftliche Begleitung) durch eine/n ärztliche/n VertreterIn des Westpfalzkrankenhauses gestellt. Nach Vorliegen des positiven Votums der Ethikkommission der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz vom 19.12.2011 startete die Umsetzung der organisatorischen Veränderungen ab dem 01.01.2012. Damit entfiel im Westpfalzkrankenhaus die vorgeschaltete Implementierungsphase und eine Phase des Routinebetriebs, so wie sie in den Projekten im Brüderkrankenhaus Trier und im Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich gegeben war, fand für das Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern nicht mehr im zeitlichen Rahmen des Modellvorhabens statt. Vielmehr stellt das Jahr 2012, die „Umsetzungsphase“, eine Periode des Überganges in die neue Organisationsform dar.

Die Universitätsmedizin Mainz teilte dem Sozialministerium und der wissenschaftlichen Begleitung Anfang Juni 2012 den Ausstieg aus dem Gesamtprojekt mit. Bis zu diesem Zeitpunkt war es nicht gelungen, vor Ort stabile Projektstrukturen aufzubauen. Zu diesem Zeitpunkt waren durch die wissenschaftliche Begleitung bereits unterschiedliche Datenerhebungen und - gerade im Hinblick auf sich abzeichnende weitreichende Herausforderungen - mehrere Beratungsgespräche geführt worden. Die Zielsetzung dieses Abschlussberichtes besteht in der Darstellung von Evaluationsergebnissen. Diese liegen für die Universitätsmedizin Mainz

nicht vor. Vor diesem Hintergrund werden die ausschnitthaften und unvollständigen Daten der Universitätsmedizin Mainz hier nicht dargestellt.

Während die Einführung eines gezielten Versorgungsmanagements grundsätzlich unstrittig und gesetzlich verankert ist (§ 11 Abs. 4 SGB V), ist die Neuverteilung von Aufgaben zwischen den Berufsgruppen im Krankenhaus Gegenstand intensiver, nicht zuletzt berufspolitisch motivierter Diskussionen. Diese Diskussionen bildeten sich auch im Verlauf der Durchführung der Modellprojekte ab. Zwar versuchte das Sozialministerium dem entgegenzuwirken, indem es eine gemeinsame Bewerbung von Geschäftsführung sowie ärztlicher und pflegerischer Direktion als Voraussetzung für die Teilnahme an der Ausschreibung festlegte und auf die Einhaltung dieses Kriteriums achtete. Jedoch zeigte sich im Projektverlauf in allen beteiligten Krankenhäusern eine stärkere Unterstützung der Projekte durch die Berufsgruppe der Pflegenden und eine tendenziell distanzierte Haltung der Berufsgruppe der ÄrztInnen. Im Westpfalzkrankenhaus Kaiserlautern und im Brüderkrankenhaus Trier führte dies dazu, dass die ursprünglich gemeinsam getragenen Konzepte im Projektverlauf geändert werden mussten. Im Westpfalzkrankenhaus wurde der geplante innovative Aufgabenzuschnitt der Pflegenden in erheblichem Umfang wieder zurückgenommen, im Brüderkrankenhaus Trier ließ sich das geplante Bezugsarztmodell kaum realisieren, im Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich führte die Frage des Zugriffs auf die Medizinischen Fachangestellten zu Reibungen zwischen Berufsangehörigen von Pflege und Medizin.

2.2 WISSENSCHAFTLICHE BERATUNG

Im Rahmen der Projektbegleitung kam der fachlichen Beratung und Begleitung in erster Linie die Aufgabe zu, die beteiligten Krankenhäuser bei der Implementierung neuer Strukturen oder der Umorganisation bisheriger Prozessabläufe durch externe Fachberatung bei den sich ergebenden inhaltlichen und organisatorischen Herausforderungen zu unterstützen. Die Beratung fand vor Ort statt. Die Besuche dienten vor allem der Beratung zur Präzisierung konkreter Schritte. Die Umsetzung der vorgestellten Projekte lag in der Verantwortung der Projektleitungen der Modellkrankenhäuser. Projektunterstützung von Seiten der wissenschaftlichen Begleitung erfolgte dahingehend, dass die Praxistauglichkeit der Konzepte überprüft und relativ abstrakte konzeptuelle Absichtsbekundungen als Vorbereitung für eine Implementierung in einem engen Abstimmungsprozess konkretisiert wurden. Es zeigte sich, dass die wissenschaftliche Projektbegleitung immer wieder auf einen Feinschliff der Interventionsbeschreibungen insistieren musste. Die Präzisierung war sowohl für die Vorbereitung der Implementierung als auch für die Evaluation eine grundlegende Voraussetzung. Die Evaluation erforderte zwingend eine konkret definierte und abgegrenzte Intervention als Grundlage für eine empirische Prüfung.

Auch wenn Versorgungsmanagement und Aufgabenneuverteilung in deutschen Krankenhäusern eine zunehmende Popularität hinsichtlich einer Optimierung von fachlichen, organisatorischen und ökonomischen Herausforderungen erfahren und dabei insbesondere auch die

interprofessionelle Interaktion zwischen den beteiligten AkteurInnen ins Blickfeld gerät, so ist die tatsächliche Umsetzung einer „neuen“ strukturellen Ausrichtung doch vielfach recht schwierig. Gleichwohl erwies sich die Implementierung neuer Arrangements in den beteiligten Krankenhäusern als ein wichtiger Beitrag zur Auseinandersetzung mit Entwicklungspotentialen.

Versorgungsmanagement wurde im Gesamtprojekt zwar sektorenübergreifend verstanden, in den Modellkrankenhäusern aber vorrangig mit dem Fokus auf interne Leistungserbringung umgesetzt. Im Sinne des Case Managements wurden die organisationale und die individuelle Ebene anvisiert. Eine Verbesserung der Situation des Einzelnen/des Patienten sowie eine Veränderung der Organisation/des Systems bedarf einer qualifizierten Person (Case ManagerIn), die im gesamten Betreuungs- und Krankheitsverlaufs quer zu den Versorgungsstrukturen agieren kann und so die Integration und Kontinuität des Versorgungsgeschehen sicherstellt (Ewers, 2010).

Aus rein fachlich pragmatischer Perspektive ist es u. E. unerheblich, ob die Neustrukturierung nun das Label Case Management oder Versorgungsmanagement erhält, solange eine verbindliche, mit allen ausgehandelte, eindeutig Konzeption die Optimierung der Abläufe und damit bestmögliche Behandlung der PatientInnen durch integrierte Versorgungsstrukturen zum Ziel hat. Nichtsdestotrotz muss innerhalb eines Krankenhauses bzw. der ausgewählten Station eine Klärung (Entscheidung) und Verständigung (mit allen Beteiligten) über Konzept(e), inhaltliche Standards und die damit verbundenen Begrifflichkeiten erfolgen. Denn das Konzept hat Auswirkungen hinsichtlich der Ablauforganisation, der Zuordnung der MitarbeiterInnen und für das jeweilige Rollenverständnis. In Übereinstimmung mit dem CM-Verständnis der Deutschen Gesellschaft für Case und Care Management (DGCC) (2013) wurde im Gesamtprojekt Versorgungsmanagement/Case Management sowohl abgegrenzt von einem Betten- oder Belegmanagement als auch von Pflegeprozessmanagement.

Der Umstrukturierungsprozess im Hinblick auf Aufgabenneuverteilung und Versorgungsmanagement erforderte neben Einbeziehung der Leitungsebene Transparenz auf allen Ebenen, Auseinandersetzungen mit Ablaufprozessen und ggfs., neuen Zuständigkeiten. Untersuchungen der letzten Jahre zeigen, dass unkoordinierte Arbeitsabläufe sowie Konkurrenz um fachlichen Einfluss und Finanzen das systematische regelgeleitete Arbeiten nach Case Managementprinzipien verhindern, wenn die systemsteuernden Grundlagen dafür fehlen (Ribbert-Elias, 2011; Löcherbach & Schu, 2009).

Die kontinuierliche Beratung (Projektbegleitung und /oder Konfliktmoderation) und Schulungen der Beteiligten auf Stationsebene hatten zum Ziel, die Innovationsprozesse und professionsspezifische Vorbehalte konstruktiv zu begleiten. So konnten Fehlsteuerungen (teils Unzufriedenheit aufgrund mangelnden Information, fehlender Kooperationsbereitschaft und Rollendiffusion) zeitnah im Prozess entgegen gewirkt werden.

Die wissenschaftliche Begleitung und Beratung erfolgte unter Bezug auf das zugrundeliegende Konzept der Modellkrankenhäuser, der Auswertungen der Reflexionstreffen und dem

bisherigen Beratungsprozess. Nach jeder Sitzung wurde ein Protokoll als weitere verbindliche Arbeitsgrundlage erstellt. Es ergab sich schrittweise eine Schärfung der Innovationskonzepte der Modellkrankenhäuser, die teilweise nicht ohne kontroversen, aber letztlich doch konstruktiven Diskurs von statten ging.

Weiterentwicklungsstrategien (Konkretisierungen) wurden von den ProjektmitarbeiterInnen in den Modellkrankenhäusern kontinuierlich erarbeitet und im Rahmen der Beratungsgespräche fachlich reflektiert und immer wieder auf die Projektidee hin überprüft.

Folgende Punkte wurden mit den beteiligten Modellkrankenhäusern im Prozess erarbeitet:

- Differenzierte Prozessbeschreibungen
- Schnittstellenanalyse (wer macht was warum und wann?)
- Rollenklärung - Klärung der primären Patientenführung, Zuständigkeiten, Kompetenzen, (u.a.: wer übernimmt die Gesamtprozessesteuerung, um Parallelstrukturen zu vermeiden)
- Begründung und Verankerung der interdisziplinären Zusammenarbeit
- Festlegung (Entscheidung) und Implementierung von Standards
- Begriffliche Klärung und inhaltliche Entwicklung von Versorgungspfaden³
- Standardisierung der Kommunikationswege

Um Behandlungsprozesse abzubilden und zu evaluieren, eignen sich Versorgungspfade in besondere Weise (Hellmann, 2002). Im Projekt sollten diese Pfade neben der Unterstützung der Prozesssteuerung auch zur formativen Evaluation eingesetzt werden. Ein Behandlungspfad wurde definiert als eine institutionsbezogene Leitlinie, die den Versorgungsablauf berufsgruppenübergreifend mindestens von der Aufnahme bis zur Entlassung beschreibt, der für die Mehrzahl der PatientInnen mit der entsprechenden medizinischen Diagnose zutreffend ist, und prozessbezogen für den Krankenhausaufenthalt anfallende Leistungen und benötigte personelle und sächliche Ressourcen darstellt sowie das erwartete klinische Outcome / den erwarteten Output definiert (Seyfarth-Metzger & Vogel, 2002). Um diese Aufgaben erfüllen zu können, müssen Behandlungspfade bestimmte Kriterien erfüllen. Sie müssen u.a. die Patientengruppe definieren, Interdisziplinarität sicherstellen, Prozesse strukturieren (Aufnahme-, Behandlungs-, Entlassungsprozess), Schnittstellen darlegen, Leistungen abbilden, Aufgaben und Verantwortlichkeiten festlegen, klinische Outcomes /Outputwerte definieren und den Zeitpunkt bzw. Anlass für eine Pfadaktualisierung festlegen. Die Anforderungen an Behandlungspfade wurden in einem Konzeptpapier festgehalten und dieses den Modellkrankenhäusern zur Verfügung gestellt.

Die ausreichende Qualifizierung der ProjektmitarbeiterInnen ist zentral. Die Fort- und Weiterbildungsbedarfe wurden hausintern kritisch reflektiert und ggfs. an die Projektentwicklung angepasst. Die Projektbegleitung umfasste die Beratung zu Qualifizierungsmaßnahmen (Rückmeldung zu den Curricula), um die Erreichung der angestrebten Kompetenzen

³ Die Termini „Versorgungspfad“ und „Behandlungspfad“ werden synonym benutzt.

zu unterstützen. Die Curriculaentwicklung wurde von den Projektleitungen der Modellkrankenhäuser verantwortet und von ihnen mit einem Vertreter des Sozialministeriums abgestimmt.

Die geplanten Projekte brachten weitreichende Veränderungen für die Modellabteilungen/Modellstationen mit sich. Es zeigte sich, dass - obwohl die grundlegende Entscheidung über ein Konzept zum Versorgungsmanagement und / oder eine neue Aufgabenverteilung auf Leitungsebene interdisziplinär getroffen wurde -, ihre Tragweite sich erst bei der Umsetzung erwies. Interne (interprofessionelle und professionspezifische) aber auch externe (Landesärztekammer) Widerstände gingen im Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern aber auch im Brüderkrankenhaus Trier einher mit der Gefahr, dass die Projektumsetzung sich von der Projektidee entfernte. Eine Begleitung von außen war hier hilfreich, um dieser Tendenz entgegenzuwirken.

2.3 INTERVENTIONEN IN DEN MODELLKRANKENHÄUSERN

Die Anlage des Gesamtprojektes zur Durchführung der Modellvorhaben sah vor, dass die Modellkrankenhäuser die organisatorischen Veränderungen hinsichtlich der Aspekte Versorgungsmanagement und Neuverteilung von Aufgaben individuell konzipierten sowie deren Umsetzung verantworteten. Dieses führte zu einer deutlichen Heterogenität hinsichtlich der Ausgestaltung der geplanten organisatorischen Veränderungen.

Beispielsweise wurde im Verbund Krankenhaus Bernkastel/Wittlich neben fallübergreifenden Steuerungsaspekten im Sinne des Case Managements ein fallspezifischer Zugang gewählt. Durch ein bei der Aufnahme durchgeführtes Initial-Assessment und einen selbst entworfenen Einschätzungsbogen erfolgte ein Screening zur Erfassung der PatientInnen mit Mehrfachbedarf, deren Begleitung durch den Behandlungsprozess durch einen eigens qualifizierten Case Manager erfolgte. Im Brüderkrankenhaus Trier wurde demgegenüber die individuelle Fallsteuerung durch Bezugspflegende realisiert.

Folgende Veränderungen wurden umgesetzt:

Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern (Aufgabenneuverteilung)

Interventionsstation: 23 Betten; medizinische Fachrichtung: Nephrologie

Interventionen

Projektbezogene Aufgaben der Pflegefachpersonen

1. Infusionsmanagement
 - » Blutentnahmen
 - » i.v.-Applikation von Medikamenten nach Positivliste
2. Blutzuckermanagement
 - » BZ-Kontrolle
 - » Insulingabe laut angeordnetem Korrekturschema

- » Koordination: ärztlich. Dienst, Diätassistenz, Diabetesteam
- 3. Schmerzmanagement
 - » Schmerzerfassung
 - » Schmerzmittelgabe laut Bedarfsmedikation
- 4. Entlassungsgespräch bei PatientInnen, die nach Behandlungspfad versorgt werden (entsprechend Informationsmaterial).

Projektbezogene Aufgaben der PflegeassistentInnen

1. Pflegeunterstützung
2. Administration
3. Service und Logistik

Brüderkrankenhaus Trier (Versorgungsmanagement)

Interventionsstation a) 27 Betten; medizinische Fachrichtung: Zentrum für Gefäßmedizin;
 b) 32 Betten: medizinische Fachrichtungen: Nephrologie; Diabetologie, Rheumatologie, Endokrinologie

Interventionen

1. Implementierung Bezugspflege
 - » Aufgaben der Bezugspflegeperson: Pflegeplanung / Pflegeevaluation; Beratung u. Anleitung von PatientInnen und Angehörigen
2. Digitalisierung der Dokumentation der Pflegeanamnese und Pflegeplanung
3. Einsatz von drei Behandlungspfaden je Station

Brüderkrankenhaus Trier (Aufgabenneuverteilung)

Interventionsstation: 38 Betten; medizinische Fachrichtung: Urologie

Interventionen

Projektbezogene Aufgaben der Pflegefachpersonen:

1. i.v.-Applikation von Medikamenten nach Positivliste (incl. Zytostatika)
2. Anlage peripher venöser Zugänge
3. Schmerz-, Übelkeitsmanagement (Bedarfsmedikation)
4. Schulung und Beratung von PatientInnen
5. Einzeichnen der Stomaaustrittsstelle
6. Pflegerisches Wundmanagement
7. Bewertung von Uricults
8. Implementierung von drei Behandlungspfaden

Projektbezogene Aufgaben der pflegeunterstützende Personen:

1. Patiententransporte
2. Mithilfe bei der Essensversorgung / Menüerfassung
3. Materialbeschaffung
4. Aufbereiten von Bettenplätzen

Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich (Aufgabenneuverteilung, Versorgungsmanagement)

Interventionsstation 74 Betten; medizinische Fachrichtungen: Gastroenterologie, Kardiologie, Pulmologie

Interventionen Versorgungsmanagement:

1. Implementierung eines Versorgungsmanagers
 - » Steuerung des Behandlungsprozesses gemeinsam mit ärztlichem Dienst / Bezugspflege; Entlassungsmanagement
2. Implementierung Bezugspflege
 - » Aufgaben der Bezugspflegeperson: Pflegeplanung / Pflegeevaluation; Beratung u. Anleitung von PatientInnen und Angehörigen
 - » Identifikation von spezifisch versorgungsbedürftigen PatientInnen mit selbst entwickeltem Intake-Instrument
 - » Entlassungssteuerung über EDV-Bettendisposition, Entlassungsmanagement
3. Implementierung von zwei Behandlungspfaden
4. Einsatz von Medizinischen Fachangestellten
 - a. Aufgaben: Administration (Arztbriefherstellung), Pflegeunterstützung
5. Einsatz von pflege- und serviceunterstützenden Personen
6. Einsatz von SchmerzexpertInnen

3. EVALUATION

Eine Evaluation soll eine Aussage darüber machen, ob ein Interventionsprogramm wirksam ist bzw. zu welchen Ergebnissen es geführt hat. Damit ist Evaluation den Kriterien der Wissenschaftlichkeit und der Nützlichkeit verpflichtet. Die Evaluation von organisatorischen Veränderungen im laufenden Alltagsbetrieb kann aber nicht auf standardisierte Interventionsbedingungen zurückgreifen. Um gleichwohl zu belastbaren Ergebnissen zu kommen ist die Evaluation in inhaltlicher und methodischer Hinsicht breit aufzustellen, so dass sich ein Gesamtbild ergibt. Aus Sicht der Evaluation stellte die Tatsache, dass die von den Modellkrankenhäusern vorgelegten Konzepte uneinheitlich waren, eine weitere methodische Herausforderung dar. Um den verschiedenen Aufgaben und Bedingungen gerecht zu werden, wurden Verfahren der formativen und summativen Evaluation eingesetzt.

3.1 FORMATIVE EVALUATION

Zur formativen Evaluation wurden Reflexionstreffen in den jeweiligen Modellkrankenhäusern durchgeführt. Die Reflexionen des Projektverlaufes dienen dem Erkennen des jeweiligen Projektstatus, evtl. dem Erkennen von Schwierigkeiten und Hindernissen und eröffnen so die Möglichkeit, Beratungs- und Unterstützungsbedarf für die Projektstationen zu erfassen.

In den von der wissenschaftlichen Mitarbeiterin der Katholischen Hochschule moderierten Gesprächen wurden konkrete Probleme und Praxissituationen gemeinsam systematisch reflektiert und Lösungsoptionen kollegial entwickelt. Die Reflexion erfolgte jeweils projektbezogen. Folgende Punkte wurden zum Reflexionsgegenstand:

- Erfahrungen mit der Umsetzung der geplanten organisatorischen Veränderungen
- Bestimmung von positiven und negativen Einflussfaktoren auf die Umsetzung der organisatorischen Veränderungen
- Veränderungs- und ggfls. Unterstützungsbedarfe.

TeilnehmerInnen an den Reflexionssitzungen waren MitarbeiterInnen aller Berufsgruppen der beteiligten Projektstationen/-abteilungen; ggfls. ProjektleiterInnen und ProjektmitarbeiterInnen sowie die Projektmitarbeiterin der Katholischen Hochschule.

Die Organisation der Reflexionseinheiten vor Ort sowie die Einladung der Projektbeteiligten oblag den jeweiligen Modellkrankenhäusern. Dabei wurde darauf geachtet, dass die Gruppengröße eine gegenseitige Rückmeldung und ein face to face Arbeiten ermöglichte. Im Sinne einer lernenden prozesshaften Organisationsentwicklung wurde eine möglichst kontinuierliche und gleichbleibende Teilnahme angestrebt.

Die Reflexionssitzungen wurden in einem Zeitabstand von acht bis zwölf Wochen durchgeführt. Konkret fanden im Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern vier, im Brüderkrankenhaus Trier acht (je vier für die Projekte Aufgabenneuverteilung und Versorgungsmanagement) und im Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich fünf Reflexionssitzungen statt. Das Reflexionsangebot wurde gut genutzt und positiv bewertet.

Von Seiten der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation war geplant, Behandlungspfade zu nutzen, um die Prozessabläufe im Projektverlauf zu evaluieren. Dieses Vorhaben konnte aus verschiedenen Gründen nicht umgesetzt werden, dazu gehörten eine zeitlich verzögerte Erstellung von Behandlungspfaden im Zusammenhang mit hausinternen schleppenden Abstimmungsprozessen, die fehlende Integration von Evaluationskriterien oder dem Tatbestand, dass Evaluationskriterien zwar in den Pfad aufgenommen aber nicht erhoben wurden.

3.2 SUMMATIVE EVALUATION

Die summative Evaluation erfolgte als Vorher – Nachher – Vergleich. Untersucht wurden die Ebene der Versorgungsqualität, der MitarbeiterInnen und der ökonomischen Effekte

- Gegenstand der quantitativen Erhebungen waren
 - Patientenzufriedenheit
 - Auftreten von Dekubitus
 - Mitarbeiterzufriedenheit
 - Selbstkonzept beruflicher Kompetenz
- Gegenstand der qualitativen Erhebungen waren

- Pflege-, Rollen- und Berufsverständnis von Pflegefachpersonen und ÄrztInnen
- Gegenstand der ökonomischen Evaluation waren u.a.
 - Personalmix (differenziert, insb. ärztliches und pflegerisches Personal)
 - Personalkosten (differenziert, insb. ärztliches und pflegerisches Personal)
 - Kostenstruktur (zugeordnete Sachkosten)
 - Fallkosten.

3.2.1 QUANTITATIVE EVALUATION

3.2.1.1 ZIELE DER QUANTITATIVEN EVALUATION

Die zuvor beschriebenen Ziele der Modellvorhaben zur Optimierung der Arbeitsabläufe und zur besseren Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen sollten im Rahmen einer quantitativen Evaluation überprüft werden. Zentrale Indikatoren für diese Evaluation sind die Patientenzufriedenheit, die Mitarbeiterzufriedenheit, die Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur erfolgreichen Bewältigung ihrer Aufgabe, klinische Daten und die ökonomische Entwicklung der teilnehmenden Stationen. Durch die quantitative Evaluation sollte analysiert werden, ob sich bei diesen Indikatoren Veränderungen zeigen, die im Zusammenhang mit der Aufgabenneuverteilung und der damit verbundene Änderungen der routinemäßigen Ablauforganisation auf den Modellstationen zu interpretieren sind. Damit sollte ein Beitrag zu der Frage geleistet werden, wie sich im stationären Gesundheitswesen eine Aufgabenneuverteilung und Prozessoptimierung auf die Wirtschaftlichkeit und die Behandlungsqualität auswirken und ob eine solche Veränderungen ohne Qualitätsverlust umsetzbar sind. Wegen der besonderen Bedeutung der ökonomischen Fragestellungen wurde dieser Teil ausgegliedert. Die Ergebnisse der ökonomischen Evaluation sind in Kapitel 3.2.3 zu finden.

3.2.1.2 STUDIENDESIGN UND METHODIK

Die quantitative Evaluation der Modellvorhaben basiert im wesentlichen auf einem Prä-Post-Design, bei dem Veränderungen zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten in Bezug zu den dazwischen liegenden Intervention – der Optimierung der Arbeitsabläufe und der besseren Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen – gesetzt werden sollen. Die Datenerhebung und –auswertung folgen dem Design einer prospektiven Längsschnittstudie mit zwei Datenerhebungszeitpunkten vor und nach der Umsetzung der Konzepte und der darin beschriebenen organisatorischen Veränderungen.

Wegen genereller Einschränkungen im Design der Studie (keine Kontrollgruppe, keine Randomisierung, eher niedrige Stichprobengröße) geht es dabei nicht um die Prüfung von Wirkungen und kausalen Zusammenhängen, wohl aber um Plausibilitäten und Hinweise auf Zusammenhänge, die die weitere Diskussion zum Thema Aufgabenverteilung und Optimie-

rung der Arbeitsabläufe unterstützen können. Die Studie hat somit eher eine hypothesengenerierende als eine hypothesentestende Zielsetzung.

Das Modellvorhaben eignet sich nicht für klinische Forschungsfragen, bei denen mit doppelt verblindeten randomisierten Kontrollgruppenstudien unter Idealbedingungen Wirkungen im Sinne von efficacy überprüft werden. Vielmehr geht es hier um Teilbereiche der angewandten Versorgungsforschung, die an Effekten unter Alltagsbedingungen (effectiveness) interessiert ist. Zu den Zielen der Versorgungsforschung gehört, durch wissenschaftlich begründetes Vorgehen neue Versorgungskonzepte zu entwickeln, umzusetzen und zu evaluieren. Typisch für Fragestellungen der Versorgungsforschung oder Gesundheitssystemforschung ist die Unterscheidung der Ebenen des Inputs (Versorgungsbedarf, Compliance/Adherence, Qualifikation der Mitarbeiter), des Throughputs (Prozesse, Organisationsstrukturen, Schnittstellen, Leitlinien, Behandlungspfade etc.), des Outputs (Versorgungsleistungen wie z.B. Operationen) und des Outcomes (gesundheitliche Verbesserung, Zufriedenheit, Lebensqualität) sowie der Beziehungen zwischen diesen Variablen.

Kausale Aussagen sind mit einem Vorher-Nachher-Design nicht möglich. Durch eine Triangulation verschiedener empirischer Verfahren können aber mögliche Zusammenhänge aufgezeigt und diskutiert werden.

Für die summative Evaluation wird mit einem Vergleich der Daten der t₀- und der t₁-Erhebung überprüft, ob sich vor und nach der Änderung der routinehaften Ablauforganisation Veränderungen zeigen. Dabei wird von folgenden Annahmen ausgegangen:

- Die Patientenzufriedenheit und die Compliance/Adherence ist zum Zeitpunkt t₁ höher als zum Zeitpunkt t₀.
- Die Mitarbeiterzufriedenheit unterscheidet sich zu beiden Erhebungszeitpunkten nicht signifikant voneinander.
- Die klinischen Indikatoren unterscheiden sich zu den beiden Erhebungszeitpunkten nicht voneinander.
-

3.2.1.3 EVALUATIONSKRITERIEN UND ERHEBUNGSINSTRUMENTE

Aus der Zielsetzung der Studie ergeben sich folgende Evaluationskriterien für die quantitative summative Evaluation:

- Patientenzufriedenheit,
- Mitarbeiterzufriedenheit,
- Selbstkonzept beruflicher Kompetenz
- Routinemäßige klinische Outcomeindikatoren.

Für die Datenerhebung wurden jeweils in wissenschaftlichen Studien erprobte und validierte Erhebungsinstrumente eingesetzt. Für die Analyse der Patientenzufriedenheit wurde der

Kölner Patientenfragebogen (KPF) genutzt (Pfaff, Freise, Mager, & Schrappe, 2001; Pfaff, Steffen, Brinkmann, Nitzsche Anika, & Scheibler, 2004), der auf Patientenerfahrungen beruht, die subjektiven Erfahrungen der PatientInnen berücksichtigt und daraus valide Kennzahlen generiert. Der KPF wurde im Rahmen des BMBF-Forschungsprojektes „Unternehmensführung mit biopsychosozialen Kennzahlen“ (U-BIKE-Studie) entwickelt und biometrisch getestet. Bei der U-BIKE-Studie handelte es sich um ein Verbundprojekt der Universität zu Köln (Leitung und Koordination), der Technischen Universität Dresden und der Universität Bielefeld. Das Ziel der U-BIKE-Studie bestand in der Entwicklung, Erprobung und Evaluation von Instrumenten zur Erweiterung des Wissens über Kunden, MitarbeiterInnen und interne Prozesse in der personenbezogenen Dienstleistungsorganisation Krankenhaus.

Zur Messung der Zufriedenheit der Mitglieder des multiprofessionellen Teams auf den Modellstationen wurde der COPSOQ (Copenhagen Psychosocial Questionnaire) eingesetzt. Dabei handelt es sich um ein Instrument, das darauf abzielt die psychische Belastung und Beanspruchung durch ein multidimensionales Verfahren zu erfassen. Es enthält Skalen für die Aspekte ‚Anforderungen‘ (u.a. quantitativ, kognitiv, emotional), ‚Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten‘ (u.a. Entscheidungsspielraum, Einfluss bei der Arbeit), soziale Beziehungen und Führung‘ (u.a. Rollenklarheit, Rollenkonflikte, Gemeinschaftsgefühl) und ‚Outcomes / Beschwerden‘ (u.a. Arbeitszufriedenheit, Stresssymptome). Es gibt unterschiedliche umfangreiche Versionen des COPSOQ. Im Rahmen der quantitativen Evaluation der Modellvorhaben zur Optimierung der Arbeitsabläufe und zur besseren Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen wurde eine verkürzte Version eingesetzt, da die Aussagekraft mit der langen Version in etwa vergleichbar, der Aufwand jedoch geringer ist. Die deutsche Version wurde im Rahmen einer umfangreichen Erprobungsstudie validiert (Nübling, Stöbel, Hasselhorn, Michaelis, & Hofmann, 2005).

Für die Auswertungen zum Selbstkonzept der beruflichen Kompetenz wurde ein Fragebogen eingesetzt, der im Rahmen des Projektes „Individuelle Kompetenzentwicklung durch Lernen im Prozess der Arbeit“ entwickelt wurde und auf einer Kompetenzdefinition beruht, die Kompetenz „als Motivation und Befähigung zur selbständigen Weiterentwicklung beruflichen Könnens“ (Bergmann, 2007, 279) betrachtet.

Zur Beobachtung von Veränderungen im klinischen Bereich sollten der national (AQUA Institut Göttingen, 2013) und international (Agency for Healthcare Research and Quality, 2003) eingesetzte und zuverlässige Indikator „Dekubitusinzidenz“ sowie der Indikator „nosokomiale Infektionen“ eingesetzt werden. Das Qualitätskriterium der Dekubitusprophylaxe ist die Vermeidung der Entstehung von neuen Dekubitalulcera oder die Verschlechterung von vorbestehenden Dekubitalulcera. Um die Qualität der Datensätze zu erhöhen und zugleich den Aufwand für die Datenerhebung zu reduzieren wurde eine Auswertung auf der Grundlage des pflegespezifischen AQUA-Datensatzes angestrebt. Entsprechend den AQUA-Regeln, die zum Erhebungszeitpunkt noch Gültigkeit hatten, beträgt der Überwachungszeitraum für die Dekubitusinzidenz jeweils drei Monate vor und nach dem Beginn der Umstrukturierungsmaßnahmen. Aus dem Spektrum der nosokomialen Infektionen sollte die fremdkörperasso-

ziierte nosokomiale Infektion sowie die Wundinfektion eingesetzt werden. Die Datenerhebung sollte sich an den Vorgaben des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen orientieren und bezieht sich wie die Erhebung der Dekubitusinzidenz auf einen Zeitraum von drei Monaten.

Um die projektbezogenen Veränderungen auf den Modellstationen in der Ablauforganisation und in der Aufgabenverteilung auch quantitativ bewerten zu können, sollte zudem auf allen Modellstationen vor und nach der Modellphase eine Tätigkeitsanalyse durchgeführt werden. Wegen der begrenzten Ressourcen, die für die Evaluation zur Verfügung standen, sollte dafür auf in den einzelnen Modellkrankenhäusern routinemäßig durchgeführte Erhebungsverfahren zurückgegriffen werden.

3.2.1.4 DURCHFÜHRUNG DER QUANTITATIVEN DATENERHEBUNG

Die Umsetzung dieses prospektiven Prä-Post-Designs machte es erforderlich, dass vor der ersten Erhebungswelle alle vorbereitenden Arbeiten in den Modellstationen abgeschlossen sein mussten, so dass nach der Erhebung mit der Umsetzung der Interventionen begonnen werden konnte. Da die beteiligten Modellstationen deutlich mehr Zeit als zunächst erwartet für die Vorbereitungen benötigten, mussten die Zeitpläne für die Datenerhebung mehrfach verlängert werden. Im Rahmen dieser Vorbereitungen wurden die Details der Datenerhebung auf den einzelnen Modellstationen abgeklärt.

Die Patientenbefragung wurde als anonyme Befragung konzipiert. Hierzu wurde von den Krankenhäusern aus der Grundgesamtheit aller PatientInnen, die im Erhebungszeitraum von den jeweiligen Modellstationen entlassen worden waren, eine Zufallsstichprobe von 300 PatientInnen (im Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich wegen der kleineren Bettenzahl 200) gezogen. Für die Stichprobenziehung wurden folgende Kriterien festgelegt:

Einschlusskriterien:

- alle PatientInnen, die im Erhebungszeitraum von den Modellstationen entlassen wurden
- bei Mehrfachaufnahmen einer Patientin/eines Patienten zählt der letzte Aufenthalt.

Ausschlusskriterien:

- Alter: Jünger als 18 Jahre
- Aufenthaltsdauer: weniger als zwei Nächte
- sonstige hausspezifische Ausschlusskriterien in Absprache mit der Katholischen Hochschule (z.B. Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich: keine Stationierungstreitkräfte)
- im Krankenhaus verstorbene PatientInnen.

Der Stichprobenumfang orientierte sich einerseits an der Bettenzahl der ausgewählten Stationen und der durchschnittlichen Verweildauer. Andererseits sollte eine Mindestgröße von 200 PatientInnen je Station nicht unterschritten werden.

Stichprobenziehung und Versand der Fragebogen erfolgte in den Krankenhäusern, die Rücksendung der ausgefüllten Fragebogen hingegen ging portofrei direkt an die Katholische Hochschule Mainz. Nach zwei Wochen wurde von den Krankenhäusern ein Erinnerungsschreiben verschickt. Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig. Alle Adressen blieben in den Krankenhäusern. Im Brüderkrankenhaus Trier und im Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich fand die t0-Erhebung zwischen September und November 2010 und die t1-Erhebung nach einer sechsmonatigen Implementierungs- und einer zwölfmonatigen Routinephase zwischen Juli und September 2012 statt. Im Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern kam es wegen baulicher Probleme und im Zusammenhang mit dem geforderten Ethikantrag zu Verzögerungen. Die t0-Erhebung fand im ersten Quartal 2012 und die t1-Erhebung im ersten Quartal 2013 statt. Der gesamte Interventionszeitraum im Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern verkürzt sich dadurch auf zwölf Monate. In der folgenden Tabelle 2 ist der Rücklauf der Patientenbefragung dargestellt.

Tabelle 2: Rücklauf der Patientenbefragung

	Ausgabe	t0	t1
Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern	300	71 (24 %)	72 (24 %)
Brüderkrankenhaus Trier 1B/2B	300	85 (28 %)	92 (31 %)
Brüderkrankenhaus Trier 3D	300	90 (30 %)	104 (35 %)
Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich	200	65 (33 %)	44 (22 %)
Gesamt	1100	311 (28 %)	312 (28 %)

Der Rücklauf lag bei beiden Erhebungswellen bei insgesamt 28 % und kann als zufriedenstellend betrachtet werden.

In den gleichen Erhebungszeiträumen wurde auch die Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Über die Mitarbeiterbefragung wurden ausführliche Gespräche mit dem Betriebsrat bzw. der Mitarbeiterversammlung geführt. Nach einem längeren Abstimmungsprozess stimmten schließlich die entsprechenden Mitarbeitergremien aus den drei Häusern der Durchführung der Datenerhebung zu. Dabei wurde zugesagt, die Mitarbeiterbefragung so zu gestalten, dass ein Rückschluss auf einzelne Personen nicht mehr möglich ist. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wurde zugesichert, keine Detailauswertungen zu Berufsgruppen mit geringem Stichprobenumfang durchzuführen. Darüber hinaus wurde vereinbart, dass die Beteiligung an der Mitarbeiterbefragung freiwillig ist. MitarbeiterInnen, die nicht an der Befragung teilnehmen wollen, entstanden daraus keine Nachteile.

Die Mitarbeiterbefragung war als Vollerhebung konzipiert. In die Mitarbeiterbefragung einbezogen wurden jeweils alle MitarbeiterInnen, die im Erhebungszeitraum Leistungen auf den ausgewählten Stationen bzw. Leistungen für PatientInnen dieser Stationen erbracht haben oder unmittelbar dafür verantwortlich waren. Dabei wurden alle Leistungsbereiche berücksichtigt, die im Rahmen der Modellprojekte relevant waren.

In allen beteiligten Krankenhäusern konnte die quantitative Mitarbeiterbefragung im geplanten Erhebungszeitraum erfolgreich durchgeführt werden. Die Fragebogen wurden über die Projektleitungen an die MitarbeiterInnen auf den beteiligten Stationen weitergegeben. Dabei war jedem Fragebogen ein erläuternder Brief der Katholischen Hochschule beigelegt, in dem der Grund für die Befragung erläutert und den MitarbeiterInnen versichert wurde, dass die ausgefüllten Fragebogen an der Katholischen Hochschule Mainz verbleiben, an niemanden außerhalb der Katholischen Hochschule weitergegeben und Auswertungen nur in zusammengefasster Form in den Bericht der wissenschaftlichen Begleitung aufgenommen werden. Nach zwei Wochen wurde den MitarbeiterInnen ein Erinnerungsschreiben ausgehändigt, in dem sie noch einmal gebeten wurden, an der Befragung teilzunehmen. Die Rückgabe der ausgefüllten Fragebogen erfolgte portofrei an die Katholische Hochschule Mainz. In der folgenden Tabelle 3 ist der Rücklauf der Fragebogen der Mitarbeiterbefragung dargestellt.

Tabelle 3: Rücklauf der Mitarbeiterbefragung

	Ausgabe	t0	t1
Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern	30	13 (43 %)	15 (50 %)
Brüderkrankenhaus Trier	106	63 (59 %)	46 (43 %)
Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich	63	25 (40 %)	30 (48 %)
Gesamt	199	101 (51 %)	91 (46 %)

Eine Rücklaufquote von insgesamt 51 % bei der t0-Erhebung und 46 % bei der t1-Erhebung kann als gut bezeichnet werden. Ein differenzierteres Bild ergibt sich allerdings, wenn man den Rücklauf getrennt nach Berufsgruppen betrachtet (Tabelle 4).

Tabelle 4: Rücklauf der Mitarbeiterbefragung nach Berufsgruppen

	t0			t1		
	ÄrztInnen	Pflege	Sonstige	ÄrztInnen	Pflege	Sonstige
Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern	3	6	4	2	9	4
Brüderkrankenhaus Trier 1B/2B	9	25	3	7	16	3
Brüderkrankenhaus Trier 3D	2	15	0	1	15	1
Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich	2	19	3	6	15	8
Gesamt	16	65	10	16	55	16

In den Berufsgruppen der ÄrztInnen und in den sonstigen Berufsgruppen liegen je Krankenhaus nur wenige Fragebogen vor, so dass eine Auswertung nur zur Gruppe der Pflegefachkräfte möglich ist. Fasst man die Daten berufsgruppenspezifisch über alle Häuser zusammen, so stellt man fest, dass sich die Antworten der ÄrztInnen und die Antworten der Pflegekräfte bei mehreren Skalen zu beiden Erhebungszeitpunkten signifikant unterscheiden. Wegen dieser Unterschiede ist eine berufsgruppenübergreifende Auswertung je Krankenhaus oder auch insgesamt nicht sinnvoll.

Die Datenerhebung und -weitergabe zu den klinischen Daten erwies sich in allen Häusern als komplizierter als erwartet. Grund hierfür waren zum einen hausinterne Schwierigkeiten (unterschiedliche Erhebungsroutinen oder Probleme, die erfassten Daten auf die Modellstationen zu beziehen), aber auch übergeordnete Veränderungen der Erhebungsverfahren und Berechnungen der Qualitätsindikatoren im Erhebungszeitraum wie z.B. bei den Qualitätsindikatoren der Dekubitusprophylaxe. Da sich das routinemäßige Erhebungsverfahren zu diesem Indikator im Jahr 2013 gleich in mehreren Punkten geändert hat, sind die Routinedaten aus dem Jahr 2011 mit den Daten des Jahres 2013 nicht auf Anhieb vergleichbar. Im Verbundkrankenhaus Bernkastel/ Wittlich und dem Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern konnte dennoch ein Qualitätsindikator Dekubitusprophylaxe (berechnet als das Verhältnis aller mindestens 75-jährigen PatientInnen mit Dekubitus Grad 2 bis 4 bei Entlassung zu allen mindestens 75-jährigen PatientInnen ohne Dekubitus bei Aufnahme) berechnet werden. Im Brüderkrankenhaus Trier lagen die Daten in dieser Form nicht vor, so dass alternativ das Verhältnis aller PatientInnen mit Dekubitus Grad 2-4 bei der Entlassung zu allen im Beobachtungszeitraum entlassenen PatientInnen ermittelt wurde. Eine über die Modellstationen vergleichbare Erhebung der fremdkörperassoziierten nosokomialen Infektionen vor und nach dem jeweiligen Interventionszeitraum war in den beteiligten Krankenhäusern mit vertretbarem Aufwand nicht möglich, so dass auf diesen Indikator verzichtet werden musste.

Im Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich wurde jeweils vor und nach dem Interventionszeitraum durch die Forschungsgruppe Metrik eine „Diagnosebezogene Tätigkeitsanalyse“

(DTA) durchgeführt, deren Ergebnisse für die quantitative Evaluation verwendet werden konnten. Im Brüderkrankenhaus Trier konnte zu den zwei Erhebungszeitpunkten auf der Station 3D eine Multimomentstudie durchgeführt werden. Aus dem Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern liegen quantitativen Daten zu den Tätigkeiten nur aus einer Erhebung vor dem Interventionszeitraum vor, so dass ein Prä-Post-Vergleich zu den Tätigkeiten für das Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern nicht möglich ist.

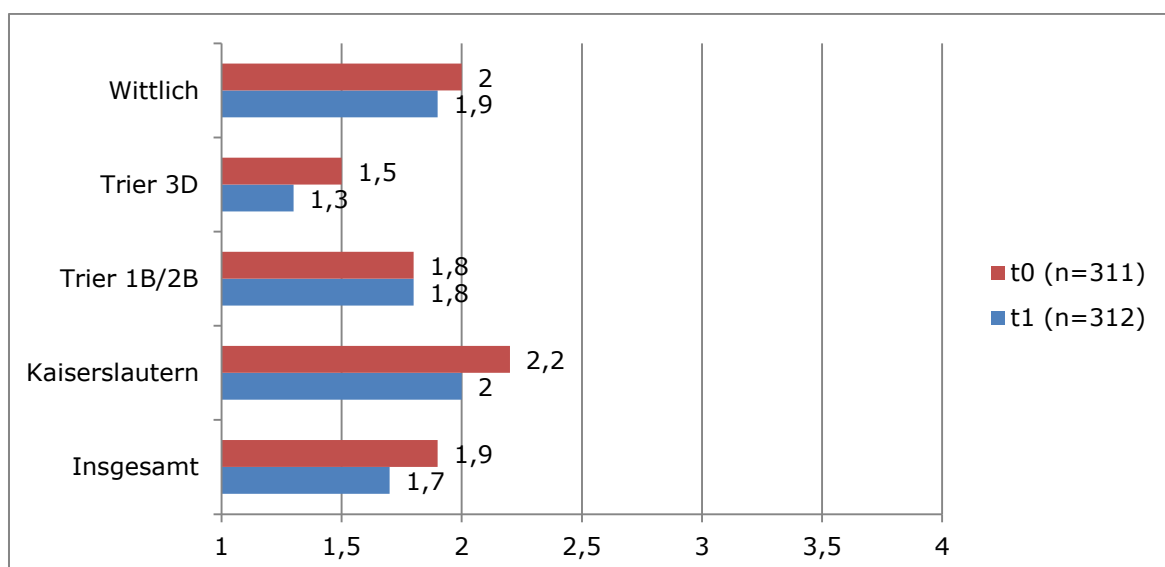
3.2.1.5. ERGEBNISSE DER QUANTITATIVEN EVALUATION

Da die einzelnen Elemente des Modellprojektes - Optimierung der Arbeitsabläufe und bessere Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen – in den beteiligten Kliniken sehr unterschiedlich umgesetzt wurden und sich zudem die Interventionszeiträume unterscheiden, ist eine aggregierte Auswertung über alle Stationen nicht sinnvoll. Vielmehr müssen die Daten zu t_0 und t_1 je Modellstation bzw. Klinik verglichen werden.

Im Folgenden werden zunächst die Daten der Patientenbefragung anhand ausgewählter Kennzahlen vorgestellt. Die einzelnen Kennzahlen wurden dazu in eine Schulnotenskala transformiert, bei der niedrige „Noten“ gute und höhere „Noten“ schlechte Ergebnisse bedeuten. Die Ergebnisse vor und nach der Modellphase wurden mit dem T-Test und mit nichtparametrischen Testverfahren (Mann-Whitney-U-Test) auf signifikante Unterschiede überprüft.

In der folgenden Abbildung 2 ist zunächst das Globalmaß der Patientenzufriedenheit dargestellt.

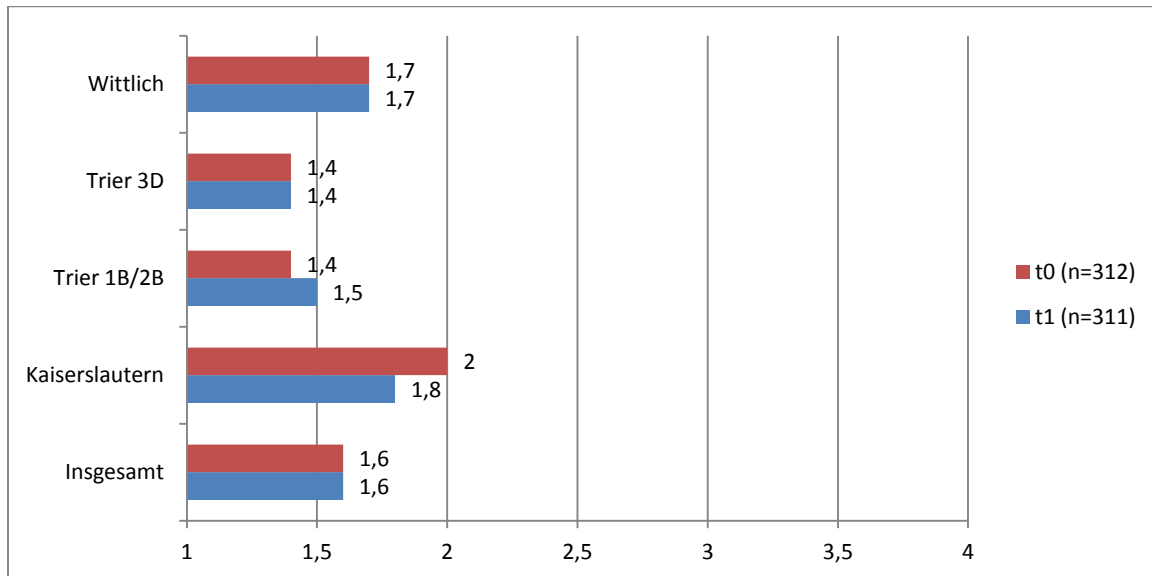
Abbildung 2: Globalmaß der Patientenzufriedenheit (Schulnotenskala)



Das Globalmaß der Patientenzufriedenheit weist auf drei von vier Modellstationen eine leichte, aber nicht signifikante Verbesserung auf. Auch bei der Bewertung der Qualität der

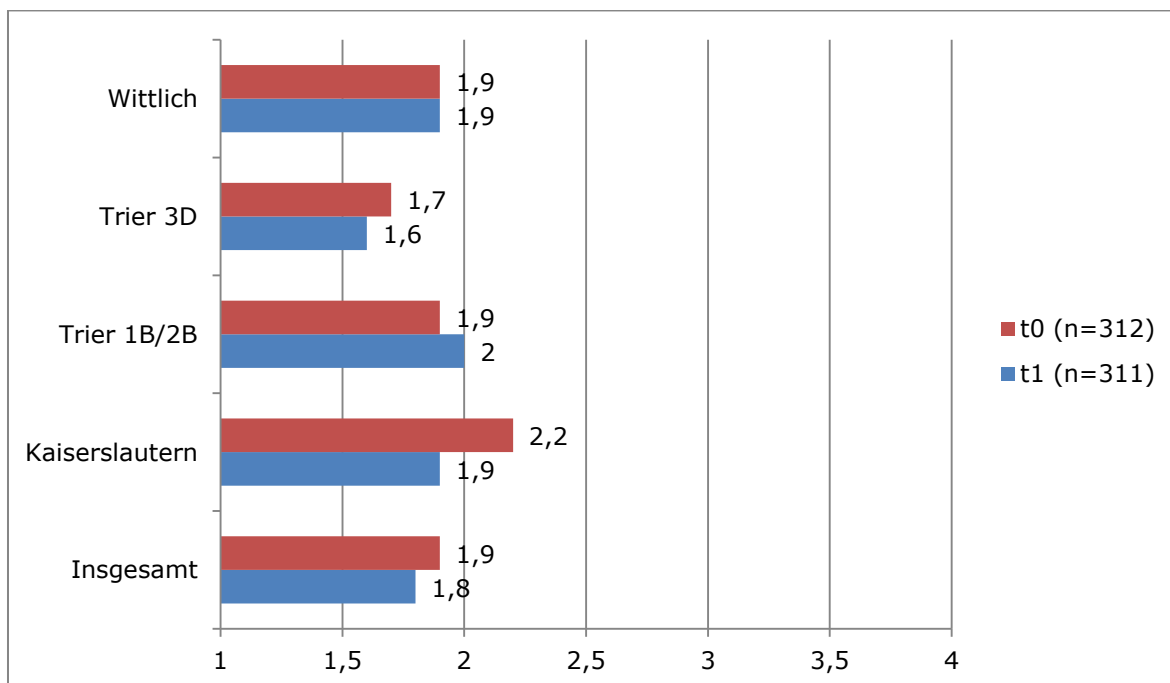
medizinischen Leistungen und der Kundenbetreuung sowie beim Vertrauen zu ÄrztInnen und Pflegekräften gibt es auf keiner der beteiligten Modellstationen signifikante Veränderungen. In der folgenden Abbildung 3 sind die Daten zur Qualität der medizinischen Behandlung zusammengefasst. Die leichten Schwankungen im Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern und auf der Station 1B/2B im Bräderkrankenhaus Trier sind nicht signifikant.

Abbildung 3: Qualität der medizinischen Behandlung (Schulnotenskala)



Auch beim Vertrauen zu den Pflegekräften lassen sich keine signifikanten Veränderungen entdecken (Abbildung 4).

Abbildung 4: Vertrauen zu Pflegekräften (Schulnotenskala)



Die Skala zur Entscheidungsteilnahme der PatientInnen, die man als Indikator für die Adherence interpretieren kann, zeigt ebenfalls keine signifikanten Veränderungen (Abbildung 5).

Abbildung 5: Entscheidungsteilnahme des Patienten (Schulnotenskala)

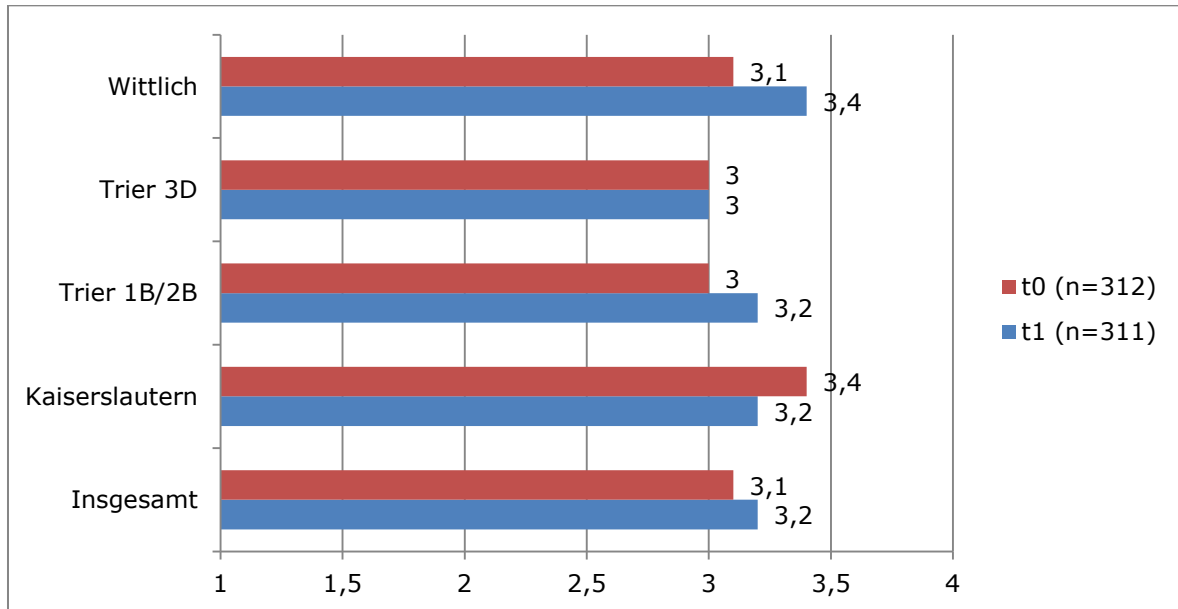
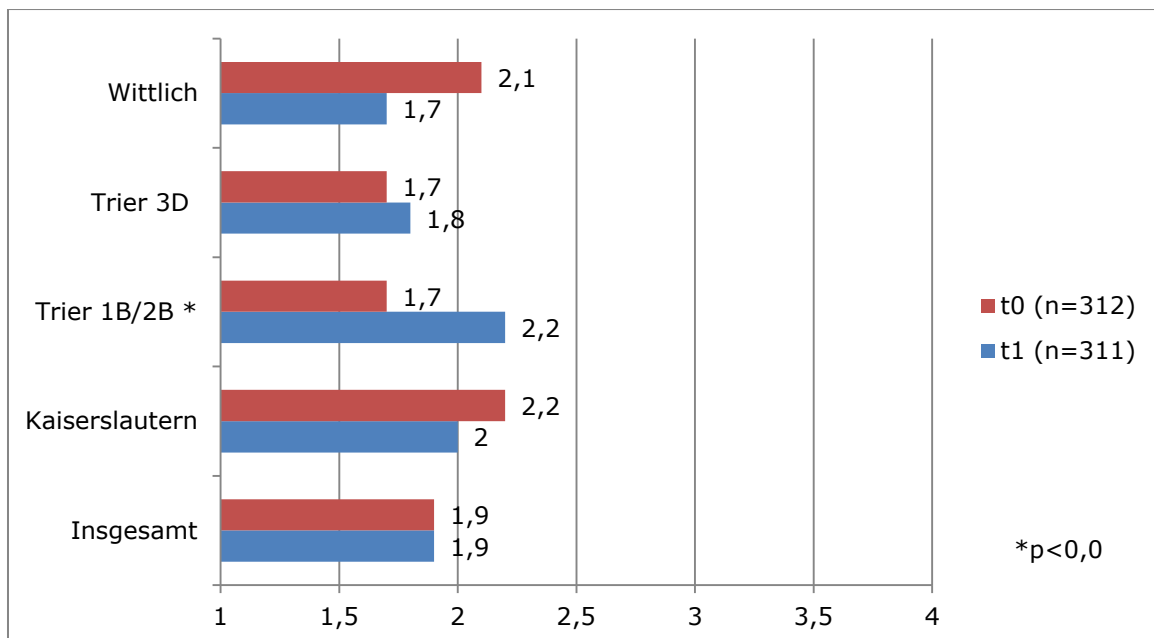
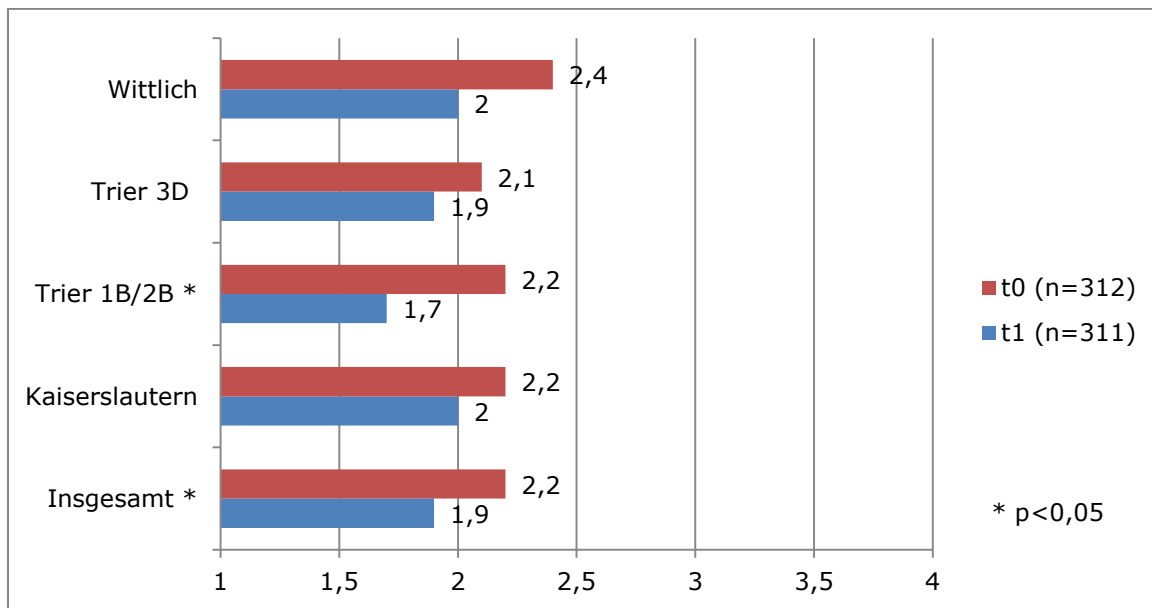


Abbildung 6: Erreichbarkeit des Personals (Schulnotenskala)



Der Veränderung der Werte zur Erreichbarkeit des Personals zwischen den beiden Erhebungszeitzeiträumen auf der Station 1B/2B im Brüderkrankenhaus Trier ist signifikant ($p < 0,05$), die Verschiebungen auf den anderen Modellstationen sind hingegen nicht signifikant (Abbildung 6).

Abbildung 7: Patientenunfreundlicher Tagesablauf (Schulnotenskala)

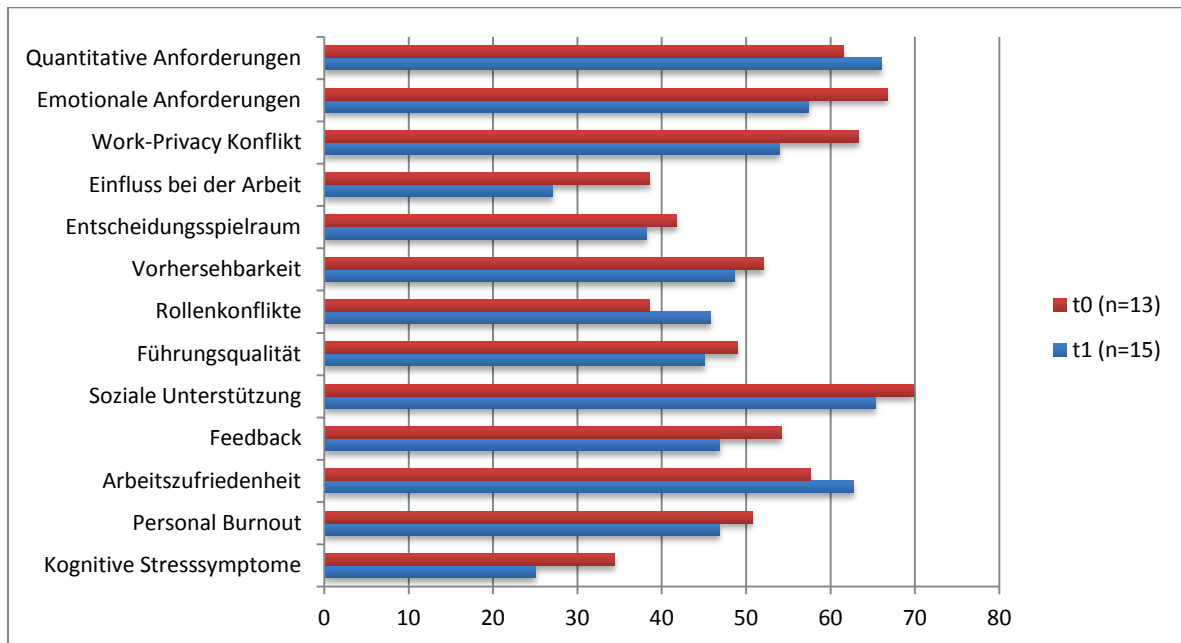


Bei der Skala „Patientenunfreundlicher Tagesablauf“ haben sich die „Schulnoten“ über den Interventionszeitraum auf allen Modellstationen verbessert. Die Veränderungen im Bräuerkrankenhaus Trier auf der Station 1B/2B (und die Veränderungen beim über alle Modellstationen aggregierten Gesamtergebnis) sind signifikant ($p < 0,05$). Die PatientInnen empfinden den Tagesablauf nach den Veränderungen in den Arbeitsabläufen und bei der Aufgabenverteilung als patientenfreundlicher als vorher (Abbildung 7).

Insgesamt zeigen sich nur geringfügige Veränderungen zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten. Angesichts der geringen Stichprobengröße sollten diese Veränderungen aber nicht überinterpretiert werden. Insgesamt kann man feststellen, dass die Patientenzufriedenheit und die wahrgenommene Behandlungsqualität sich zwar kaum verbessert haben, aber trotz erheblicher Veränderungen auf den Stationen stabil geblieben sind und sich insbesondere nicht verschlechtert haben. Das gilt für die Wahrnehmung der medizinischen Behandlung und der pflegerischen Versorgung.

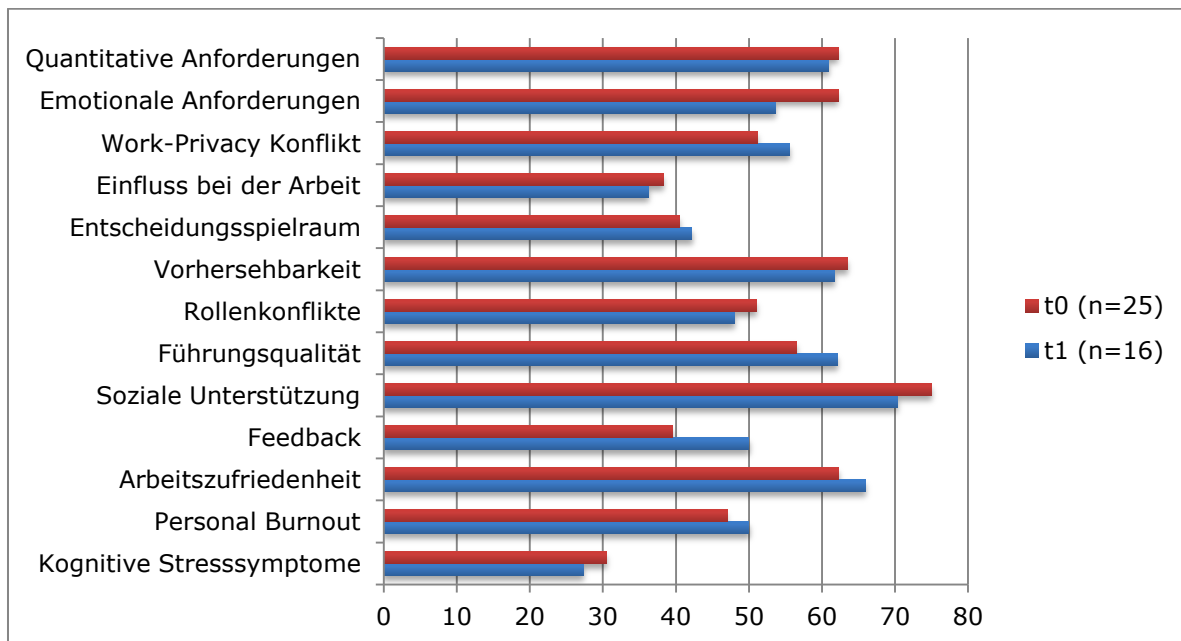
Bei den im Folgenden vorgestellten Ergebnissen der Mitarbeiterbefragung ist zu berücksichtigen, dass dabei nur Daten der Pflegekräfte ausgewertet wurden, da in allen anderen Berufsgruppen die Fallzahlen zu niedrig waren. Eine Analyse der Auswirkungen der Modellvorhaben auf die Berufsgruppe der ÄrztInnen ist leider nicht möglich, da sich in allen Häusern zu wenig ÄrztInnen an den Mitarbeiterbefragungen beteiligt haben. Die ausgewählten Indizes des Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) schwanken jeweils zwischen 0 und 100, wobei höhere Werte auf ein größeres Ausmaß der jeweiligen Skala hindeuten. Die Ergebnisse der beiden Befragungswellen wurden mit nicht-parametrischen Testverfahren (Mann-Whitney-U-Test) auf signifikante Unterschiede überprüft.

Abbildung 8: Mitarbeiterbefragung Westpfalzlinikum Kaiserslautern: Vergleich t0 – t1 (Berufsgruppe Pflege)



Im Westpfalzlinikum Kaiserslautern zeigen sich beim Vergleich der Daten der t0- und der t1-Erhebung leichte Schwankungen, aber keine signifikanten Unterschiede, was angesichts der geringen Stichprobengröße aber auch nicht verwunderlich ist (Abbildung 8).

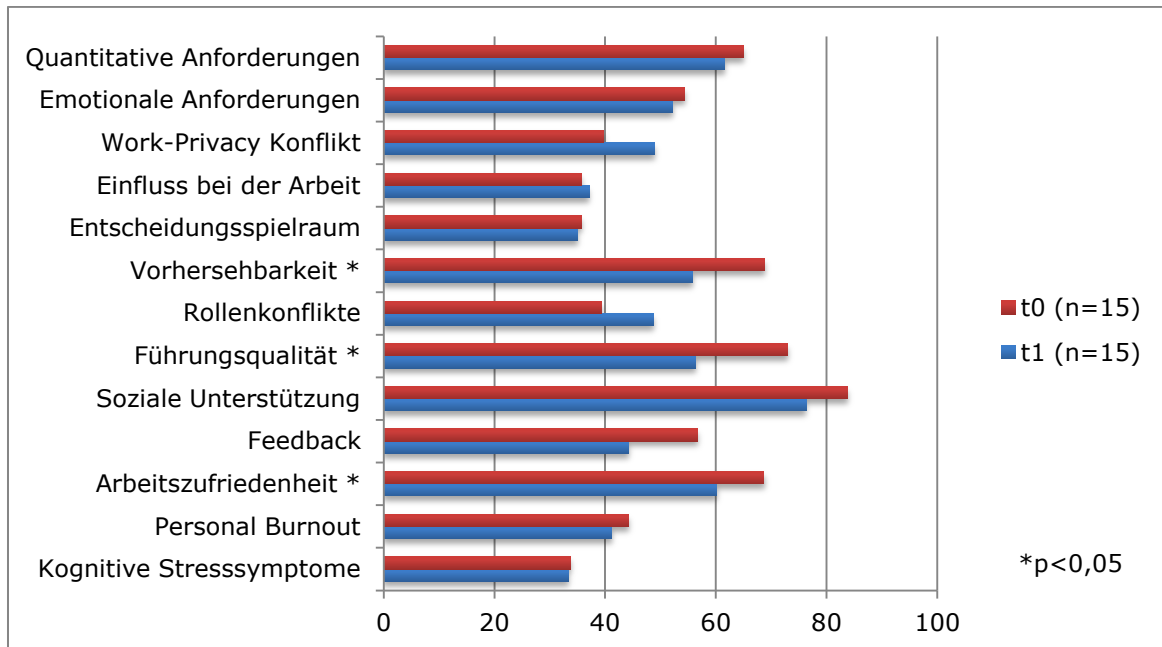
Abbildung 9: Mitarbeiterbefragung Brüderkrankenhaus Trier Station 1B/2B: Vergleich t0 – t1 (Berufsgruppe Pflege)



Auch auf der Station 1B/2B im Brüderkrankenhaus Trier zeigen sich keine signifikanten Veränderungen bei der quantitativen Mitarbeiterbefragung der Pflegefachkräfte (Abbildung 9). Auf der Station 3D im Brüderkrankenhaus Trier wird hingegen eine signifikante Verschlech-

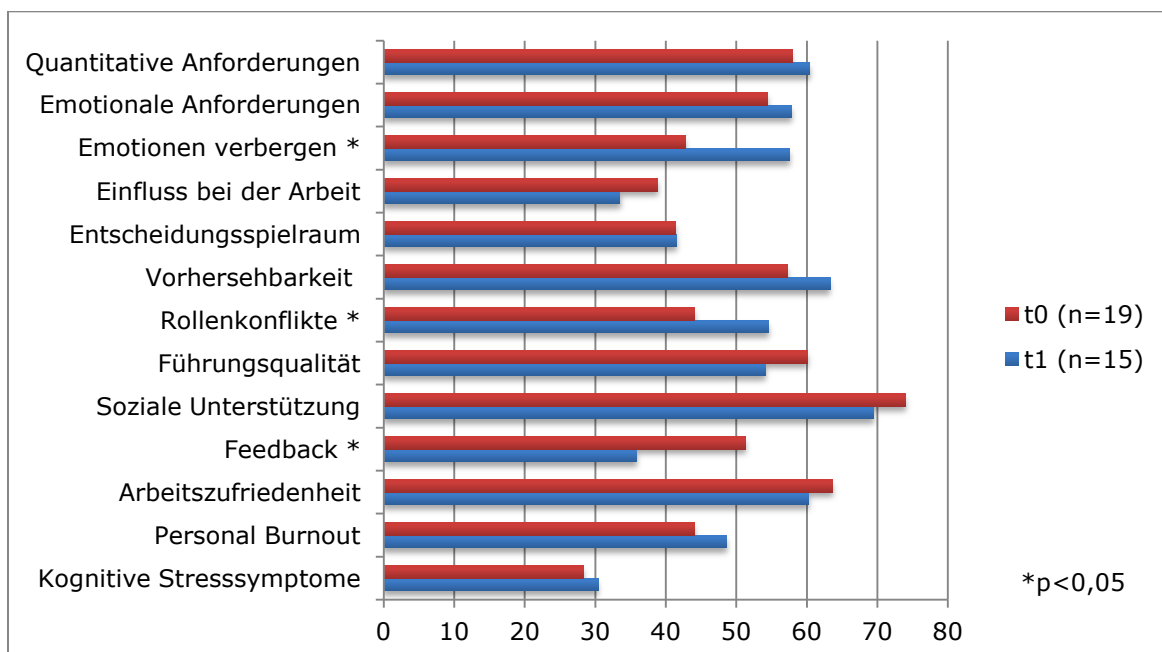
terung bei drei Skalen (Vorhersehbarkeit, Führungsqualität und Arbeitszufriedenheit) deutlich, während die anderen 22 Skalen unverändert blieben (Abbildung 10)

Abbildung 10: Mitarbeiterbefragung Brüderkrankenhaus Trier Station 3D: Vergleich t0 – t1 (Berufsgruppe Pflege)



Im Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich blieben ebenfalls 22 Skalen ohne signifikante Veränderungen, während drei Skalen (Anforderungen, Emotionen zu verbergen, Rollenkonflikte und Feedback durch die Vorgesetzten) sich verschlechterten (Abbildung 11).

Abbildung 11: Mitarbeiterbefragung Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich: Vergleich t0 – t1 (Berufsgruppe Pflege)



Insgesamt bleiben die Skalen des COPSOQ also recht konstant. Bei den meisten Skalen gab es in keiner der beteiligten Modellstationen signifikante Veränderungen. Die signifikanten Unterschiede, die sich auf der Station 3D im Brüderkrankenhaus Trier und im Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich gezeigt haben, werfen die Frage auf, inwieweit hierfür Programmspezifika oder Durchführungsspezifika ursächlich sind. Offensichtlich konnten die Projekte insgesamt umgesetzt werden ohne signifikante Zunahme zentraler Outcomekriterien wie quantitative Anforderungen oder Stresssymptome. Allerdings sollten die Verschlechterungen bei einzelnen Skalen und Items, die sich auf der Station 3D im Brüderkrankenhaus Trier und im Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich gezeigt haben, von den Projektteams vor Ort genau analysiert werden und bei der weiteren Projektarbeit berücksichtigt werden.

Auch bei den Items zur beruflichen Kompetenz zeigten sich auf keiner der Modellstationen signifikante Veränderungen. Leichte Ermüdungserscheinungen nach langer Projektzeit werden erkennbar, wenn z.B. die Zustimmung zu dem Item „...strebe ich eine Arbeit an, bei der ich an der Erarbeitung neuer Lösungen teilnehmen kann“, im Projektverlauf rückläufig ist.

Die Auswertung der klinischen Daten, d.h. der Daten zur Dekubitusprophylaxe, die vor Beginn der Modellphase auf niedrigem Niveau lagen, zeigt, dass diese während der Modelllaufzeit niedrig geblieben bzw. noch niedriger geworden sind. Die Veränderungen sind nicht signifikant. In der folgenden Tabelle 5 sind die Daten zum Qualitätsindikator Dekubitusprophylaxe für das Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich dargestellt. Im ersten Quartal nach der Interventionsphase ist dort überhaupt kein Dekubitus (Grad 2-4) dokumentiert worden.

Tabelle 5: Qualitätsindikator Dekubitusprophylaxe, Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich

	1.Quartal 2010 (vor der Modellphase)	1.Quartal 2012 (nach der Modellphase)
Neuer Dekubitus Grad 2-4 bei Pat. ≥ 75 Jahren	3	0
Anzahl Pat. ≥ 75 ohne Dekubitus bei Aufnahme	256	298
Qualitätsindikator Dekubitusprophylaxe*	0,01	0,00

Auch im Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern hat sich der Qualitätsindikator Dekubitusprophylaxe nach dem Interventionszeitraum verbessert, wie die folgende Tabelle 6 zeigt.

Tabelle 6.: Qualitätsindikator Dekubitusprophylaxe, Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern

	1.Quartal 2011 (vor der Modellphase)	1.Quartal 2013 (nach der Modellphase)
Neuer Dekubitus Grad 2-4 bei Pat. ≥ 75 Jahren	2	3
Anzahl Pat. ≥ 75 ohne Dekubitus bei Aufnahme	56	124
Qualitätsindikator Dekubitusprophylaxe*	0,04	0,02

Aus dem Brüderkrankenhaus Trier liegen wie schon beschrieben nur Daten zur Dekubitusprävalenz und dem Verhältnis zu den Fallzahlen vor. Aber auch hier deutet nichts auf eine Verschlechterung hin, wie die nächste Tabelle 7 zeigt. In Trier ist die Gesamtzahl der Dekubitusgeschwüre trotz gestiegener Fallzahlen rückläufig.

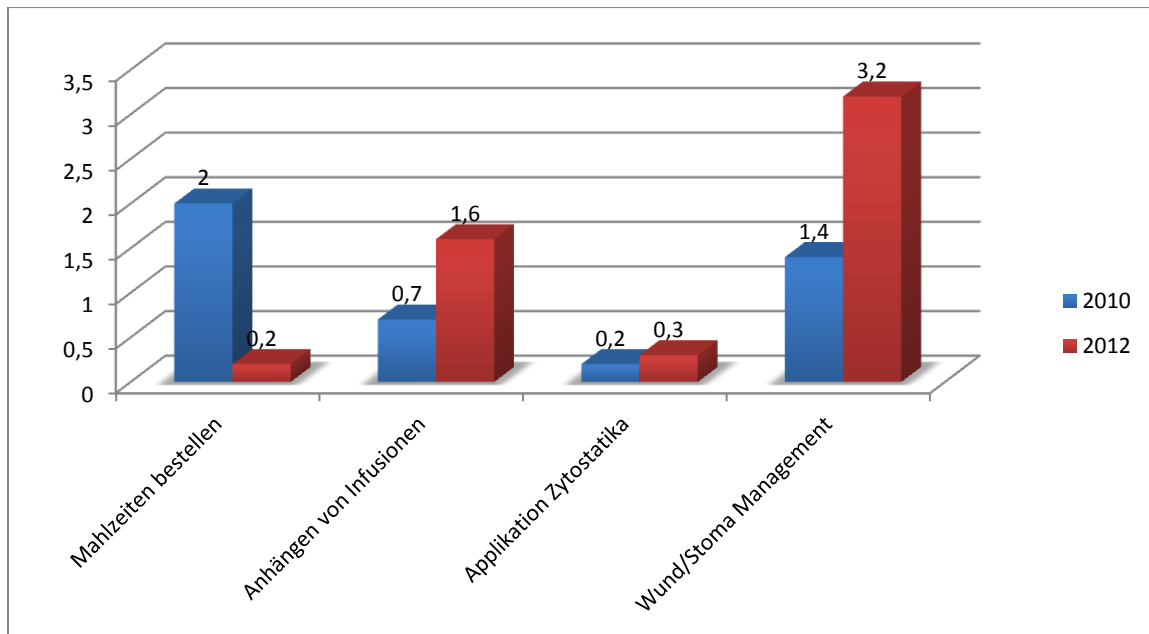
Tabelle 7: Dekubitusprävalenz, Brüderkrankenhaus Trier

	1.Quartal 2011 (vor der Modellphase)	1.Quartal 2013 (nach der Modellphase)
Patienten mit Dekubitus Grad 2-4	23	17
Patienten mit Dekubitus Grad 4	5	1
Fallzahl	1.065	1.174
Patienten mit Dek. Grad 2-4 / Fallzahl	0,02	0,01

Damit erweisen sich Befürchtungen, die Maßnahmen zur Optimierung der Arbeitsabläufe und zur besseren Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen würden den klinischen Outcome der Modellstationen beeinträchtigen, unter Beachtung des Indikators Dekubitusinzidenz/-prävalenz als unbegründet.

Im Vergleich der Daten der Tätigkeitsanalysen auf der Station 3D des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Trier vor und nach der Modellphase wird die Aufgabenneuverteilungen zwischen ärztlichem Personal, Pflegepersonal und pflegeunterstützendem Personal zumindest in einigen Teilbereichen erkennbar.

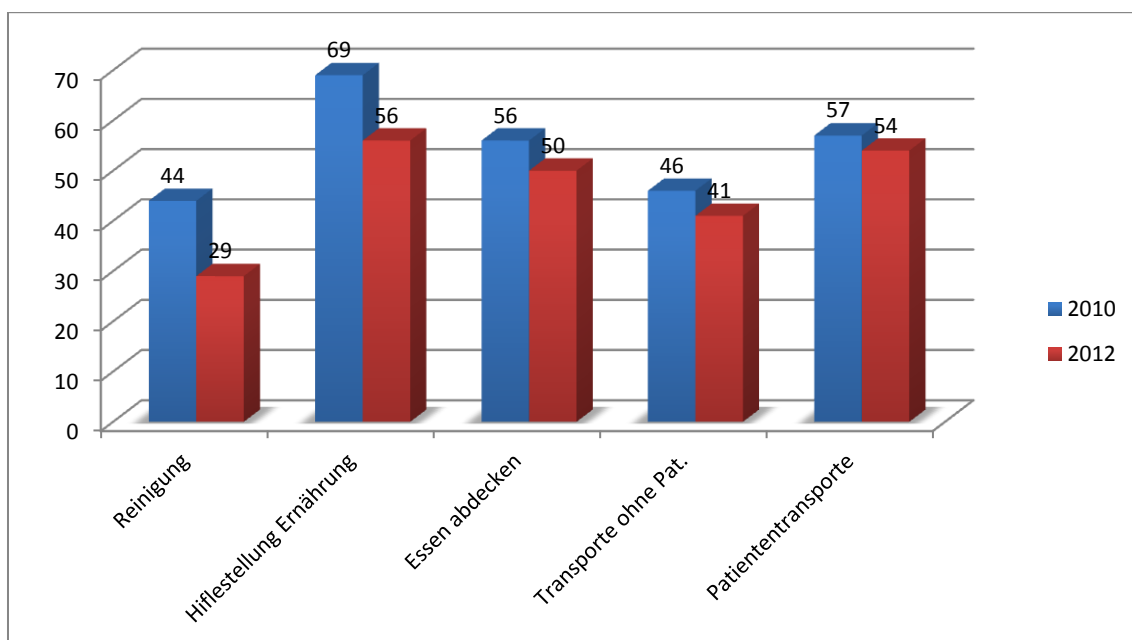
Abbildung 12: Multimomentstudie Brüderkrankenhaus Trier: Anteil ausgewählter Tätigkeiten der Pflege im Frühdienst in %, Station 3D



So steigt in der Multimomentstudie im Brüderkrankenhaus in Trier der Anteil für Tätigkeiten bei den Pflegefachkräften im Bereich Wund- und Stomamanagement, Zytostatika, Infusionen, Medikamente und Blutentnahme, während der Anteil der Tätigkeiten für Mahlzeiten/Essensbestellungen zurückgeht (Abbildung 12).

Die nächste Abbildung 13 zeigt ausgewählte Verschiebungen bei der Diagnosebezogenen Tätigkeitsanalyse (DTA) vor und nach dem Interventionszeitraum auf der Modellstation im Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich.

Abbildung 13: DTA-Analyse Verbundkrankenhaus Bernkastel/ Wittlich: Anteil der Pflegefachkräfte an ausgewählten Tätigkeiten in %



Im Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich wird beim Vergleich der DTA-Analysen deutlich, dass Pflegefachkräfte nach der Modellphase weniger Zeit für das Transportwesen, Reinigungsarbeiten und Servicearbeiten auf Station wie Essen abdecken aufwenden, da diese Tätigkeiten in größerem Ausmaß von Assistenz- und Servicekräften übernommen werden.

3.2.2 QUALITATIVE EVALUATION

3.2.2.1 ZIELE DER QUALITATIVEN EVALUATION

Qualitative Methoden erlauben die Erfassung unbekannter oder unerwarteter Effekte. Über qualitative Verfahren erhobene Daten unterstützen die Interpretation der quantitativen Ergebnisse. Gerade im Rahmen von Evaluationsprojekten eignet sich dieser Methodenmix, da die Kontextbedingungen häufig ein forschungstechnisch stringentes Design nicht zulässt (Kelle & Erzberger, 2006). Zudem sind qualitative Methoden eher geeignet, der Komplexität in sich verändernden Institutionen gerecht zu werden (Eichler & Merkens, 2006).

Die Veränderung der Rollen, des beruflichen Selbstverständnisses sowie die Vorstellungen von den Spezifika pflegerischen Handelns (das Pflegeverständnis) sind im Fluss. Die öffentliche Diskussion wird weitgehend von den VertreterInnen der Verbände (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe., 2010), Kammern (Bundesärztekammer, 2008) und weiterer engagierter Player im Gesundheitswesen (Alscher et al., 2010) nicht zuletzt unter rechtlicher Perspektive (Roßbruch, 2003; Böhme, 2008; Igl, 2008) geführt. Die unmittelbar Betroffenen kommen nur selten zu Wort. In Einzelgesprächen zeigt sich jedoch ein heterogenes Bild.

Studien, die die interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen thematisieren, fokussieren eher organisatorische Veränderungen (Zwarenstein, Goldman, & Reeves, 2009).

Ziel der qualitativen Evaluation im vorliegenden Projekt ist es, Veränderungen im Selbstverständnis von Pflegenden und ÄrztInnen, die sich durch die Umstrukturierungen der Aufgaben und durch die Einführung des Versorgungsmanagements ergeben, zu erfassen.

Die konkreten Fragestellungen lauteten:

- Wie beeinflussen die Projekte zur Aufgabenneuverteilung und zum Versorgungsmanagement das Pflege-, Berufs-, Rollen- und Verständnis der Pflegenden und ÄrztInnen?
- Beeinflussen die Projekte das interdisziplinäre Miteinander?

3.2.2.2 STUDIENDESIGN UND METHODIK

Zur Erfassung der Veränderung von Rollen- und Berufsverständnis der beteiligten Berufsgruppen als auch zur Erfassung des Pflegeverständnisses vor und nach der Implementierung der Neuerungen wurden leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Diese erlauben einerseits, ein definiertes Themenspektrum in das Interview einzubringen, andererseits lassen sie

den InterviewpartnerInnen die Möglichkeit, eigene Akzente zu setzen und eigene Themen einzubringen. Interviewt wurden Pflegefachpersonen und MedizinerInnen. Die Interviews wurden mit der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Burnard (Burnard, 1991) ausgewertet. Zum Datenmanagement wurde die Software MAXQDA 10 eingesetzt.

Die Datenerhebung erfolgte zu zwei Zeitpunkten, jeweils vor und nach der Routinephase bzw. im Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern vor dem Beginn der Implementierung und ein zweites Mal zwölf Monate danach. Durch die zweite Befragung sollten Veränderungen erfasst werden. Die vergleichende qualitative Datenerhebung ermöglicht die differenzierte Erfassung von Entwicklungsschritten (Eichler et al., 2006).

Als Datenmaterial standen insgesamt zu t_0 und t_1 jeweils ca. 20 semistrukturierte Interviews je Berufsgruppe (Pflegefachpersonen und ÄrztInnen) zur Verfügung.

Tabelle 8: Anzahl der Interviews je Berufsgruppe und Modellkrankenhaus

	t0	t1
Pflege / Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern	5	5
Medizin / Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern	5	5
Pflege / Brüderkrankenhaus Trier	10	10
Medizin / Brüderkrankenhaus Trier	10	10
Pflege / Verbundkrankenhaus Bernkastel / Wittlich	5	5
Medizin / Verbundkrankenhaus Bernkastel / Wittlich	5	4

Zur Qualitätssicherung im Sinne der kommunikativen Validierung wurden verschiedene Verfahren realisiert. Ein Teil der Interviews wurde zweimal kodiert und die Kategorien abgeglichen. Es zeigt sich insgesamt eine hohe Übereinstimmung. Des Weiteren wurden Zwischenergebnisse PraxisvertreterInnen vorgestellt und über diesen Weg die Plausibilität der Ergebnisse bestätigt. Fortlaufend wurden Auswertungsergebnisse intensiv im Forscherteam diskutiert.

3.2.2.3 ERGEBNISSE DER QUALITATIVEN EVALUATION

Die Ergebnisse der MedizinerInnen glichen sich in ihrer grundsätzlichen Ausrichtung zwischen den Modellkrankenhäusern und wurden von daher gemeinsam ausgewertet und werden gemeinsam vorgestellt. Bei der Auswertung der Ergebnisse der Interviews mit Pflegefachpersonen zeigen sich teilweise Unterschiede zwischen den Modellkrankenhäusern. Diese werden ausgewiesen.

In den Beschreibungen der Kategorien wird das Krankenhaus benannt, (WK = Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern; BT = Brüderkrankenhaus Trier; VBW = Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich) nicht jedoch die einzelnen InterviewpartnerInnen weiter spezifiziert, um zu verhin-

dern, dass die Aussagen einzelnen Personen zugeordnet werden können. Ausgewiesen wird ebenfalls der Zeitpunkt des Interviews, (t0 oder t1).

Die Auswertung der Interviews mit den Ärztinnen und Ärzten ergab insgesamt 20 Kategorien, die vier Themenclustern zuzuordnen sind Die Auswertung der Interviews mit den Pflegefachpersonen ergab insgesamt 18 Kategorien, in drei Themenclustern (Tabelle 9).

Tabelle 9: Kategorienübersicht

Themencluster	Kategorien ÄrztInnen	Kategorien Pflegefachpersonen
Selbstverständnis	Qualifikationsorientierung	Patientenorientierung
	Technikorientierung	Erledigungsorientierung
	Patientenorientierung	Ausführungsfunktion
	Leitungsverantwortung	Verantwortungsbereitschaft
		Kommunikationsfunktion
	Kompetenzerwartung (eigene Berufsgruppe)	Kompetenzerwartung (eigene Berufsgruppe)
		Anleitungsfunktion
		Fließendes Zuständigkeitsprofil
	Administrationsverpflichtung	Administrationsverpflichtung
Interaktion	Hierarchie	Hierarchie
	Kooperation	Kooperation
	Interdependenz	Interdependenz
	Konkurrenz	Konflikte
	Parallelwelten	Wertschätzung
Verständnis von Pflege	Patientenkontakt	
	Kommunikationsfunktion	
	Kompetenz/-erwartung (Pflege)	
	Anleitungsfunktion	
	Ausführungsfunktion	
	Arztentlastung	
Arbeitsbedingungen	Organisationsmängel	Organisation
	Zuständigkeitsdiffusion	Zuständigkeitsdiffusion
	Zeitdruck	Zeitdruck

Tabelle 10: Ergebnisse qualitative Interviews ÄrztInnen

Kategorie	t0	t1
Themencenter: Selbstverständnis		
Qualifikationsorientierung	Die Weiterbildung steht sowohl für AssistenzärztInnen, die sich noch in der Weiterbildung befinden, als auch für OberärztInnen, die die Weiterbildung begleiten, weit oben in der Bedeutungsskala. Ein zentrales Ziel assistenzärztlichen Handelns ist es, eine ausreichende Sicherheit in der Durchführung der Operationen und in der Diagnostik zu erlangen. Demgegenüber ist die Stationsroutine weniger attraktiv. Der Ausbildungsanspruch der OberärztInnen geht über formale Vorgaben z.B. der Weiterbildungsordnung hinaus und umfasst Unterstützung und Begleitung bei der Bewältigung unterschiedlicher fachlicher und persönlicher Herausforderungen.	Die zentrale Bedeutung der Weiterbildung bleibt für die MedizinerInnen im Projektverlauf unverändert.
Technikorientierung	Die technische Seite der Medizin, die u.a. in Operationsverfahren und diagnostischen Prozeduren ihren Ausdruck findet, stellt einen „Spaßfaktor“ (VBW, t0) dar, der den Arztberuf attraktiv macht. Die handwerklich-praktischen Anteile der Arbeit werden ebenso positiv wahrgenommen wie die Anwendung von Technik im engeren Sinne.	Die Anziehung der technischen Seite des Arztberufes bleibt auch zum zweiten Erhebungszeitpunkt unverändert hoch.

Patientenorientierung	Der Kontakt zu den Patienten ist durchaus ambivalent. Einerseits stellt die Patientenbetreuung die Motivation für das Medizinstudium dar und wird als Kern der ärztlichen Tätigkeit wahrgenommen. Andererseits ist der Patientenkontakt manchmal „ <i>sehr frustrierend und ärgerlich</i> “. (WK, t0) als Ausdruck <i>dieses normalen Miteinanders</i> “, (WK, t0). Auch jenseits negativer Erfahrungen nimmt der Patientenkontakt in der persönlichen Rangskala manchmal eine eher nachgeordnete Rolle ein.	Die Einschätzung des Patientenkontaktes ändert sich im Projektverlauf nicht.
Leitungsverantwortung	Ärztinnen und Ärzte sehen sich in zweierlei Hinsicht in der Verantwortung. Diese umfasst die Festlegung von Therapiekonzepten ebenso wie die Organisation der Abteilungen bzw. Stationen. Die medizinisch -therapeutische Verantwortung bezieht sich auf den kompletten Behandlungsverlauf. Auch die Überwachung der fachlichen Qualität der Pflege wird für notwendig erachtet. Die organisatorische Verantwortung insbesondere der leitenden OberärztInnen betrifft zudem das Personalmanagement der AssistenzärztInnen sowie die ökonomische Verantwortung für die Erlössituation der Abteilung, die sich nicht zuletzt in der Bettenbelegung niederschlägt.	Die wahrgenommene Leitungsverantwortung bleibt unverändert.
Kompetenzerwartung (eigene Berufsgruppe)	Ärztinnen und Ärzte vermuten, dass von ihnen in hohem Maße personale und fachliche Kompetenzen erwartet werden. Zu den personalen Kompetenzen gehören Zuverlässigkeit, Verantwortungsbewusstsein, Souveränität und	Die vermutete Kompetenzerwartung bleibt unverändert.

	<p>Selbstständigkeit. Allerdings wird die Gefahr gesehen, dass mit der akademischen Perspektive auf Patientinnen und Patienten die Empathiefähigkeit verloren geht. Zum fachlichen Kompetenzspektrum gehört umfangreiches medizinisches Hintergrundwissen, Wissen und Geschick in Bezug auf Diagnostik, Therapie und die manuelle Beherrschung der zum entsprechenden Fachbereich gehörenden Operationen und Untersuchungsmethoden. Hauptthemen im Bereich der sozialen Kompetenz sind Teamfähigkeit und Kollegialität.</p>	
<p>Administrationsverpflichtung</p>	<p>Administrative Tätigkeiten wie die Erstellung der Arztbriefe, das Führen der Verlaufsdokumentation und die Anforderung von Leistungen werden als notwendiger aber weniger wichtiger und zu umfangreicher Bestandteil der ärztlichen Arbeit gesehen, der besser zu organisieren und teilweise auch an andere Berufsgruppen abzugeben wäre. Allerdings bleiben die Möglichkeiten der Delegation begrenzt, denn <i>„das ist einfach zu komplex und wird womöglich nicht so umgesetzt, wie ich es gerne haben möchte“</i> (VBW,t0).</p>	<p>Die Wahrnehmung von Art und Umfang der administrativen Verpflichtungen bleibt zu den beiden Erhebungszeitpunkten unverändert.</p>
<p>Themencuster: Interaktion</p>		
<p>Hierarchie</p>	<p>Die ausgeprägte Hierarchie innerhalb der Berufsgruppe der ÄrztInnen, wird weitgehend mit großer Selbstverständlichkeit akzeptiert. Auch die interprofessionelle Zu-</p>	<p>Die innerprofessionelle Hierarchie bleibt unverändert. Im Bereich der Zusammenarbeit von Medizin und Pflege zeigt sich jedoch eine verstärkte Bereitschaft der</p>

	<p>sammenarbeit zwischen Pflege und Medizin ist in erheblichem Maß geprägt vom hierarchischen Verständnis der MedizinerInnen, das sich in der Erwartung niederschlägt, dass ihren Anordnungen gefolgt wird. „<i>Ich bin zufrieden, wenn die das genauso machen, wie ich mir das vorstelle.</i>“ (WK, t0). Nicht immer gelingt es den ÄrztInnen, ihre Anordnungen bzw. die angestrebte Delegation von Aufgaben durchzusetzen.</p>	<p>ÄrztInnen zum interprofessionellen Dialog, in dem Entscheidungen gemeinsam besprochen werden.</p>
Kooperation	<p>Als Voraussetzungen für eine gelungene Kooperation gelten Absprachen und eine gemeinsam abgestimmte prozessorientierte Arbeitsstruktur. Dazu sind eine konstruktive Kommunikation mit einer beidseitigen Gesprächsbereitschaft und einer gegenseitigen Informationsweitergabe Bedingung ebenso wie ein freundlicher und kollegialer Umgang. Die gemeinsame Visite ist für die MedizinerInnen der wichtigste Kooperationsort für die interprofessionelle Zusammenarbeit. Gemeinsames therapeutisches Handeln wird als ein wichtiger Inhalt der Kooperation gesehen. Ein hilfreiches Instrument sind interprofessionelle Fallbesprechungen. Allerdings ist diese Voraussetzung teilweise nicht gegeben und die Forderungen bleiben eher abstrakt.</p> <p>Die Qualität der Zusammenarbeit mit der Pflege ist aus Sicht der MedizinerInnen abhängig von der Person und der Erfahrung der Pflegenden.</p>	<p>Die Einschätzung hinsichtlich der Voraussetzungen für eine gelingende Kooperation bleibt unverändert. Jedoch werden Störungen der Kommunikation und Lösungsansätze nun konkreter benannt.</p> <p>Eine gemeinsam durchgeführte Visite und die aktive Beteiligung der Pflege sind im Rahmen der Modellprojekte selbstverständlicher worden. Zudem besteht eine zunehmende pflegerische Verantwortlichkeit z.B. für die frühzeitige Planung der Entlassung.</p>

Interdependenz	<p>Die MedizinerInnen sehen sich auf Pflegende verwiesen, um eine optimale Patientenversorgung zu gewährleisten. „<i>Da kann man die tollsten Operationen machen oder Eingriffe, wenn das Hinterher, Vorher nicht stimmt, dann ist das für die Katz.</i>“ (BT, t0). Die von den Pflegenden geleistete Beziehungsarbeit stellt eine wichtige Ergänzung zu den eigenen medizinischen Kompetenzen dar.</p>	<p>Die Einschätzung der gegenseitigen Abhängigkeit verändert sich im Projektverlauf nicht.</p>
Konkurrenz	<p>Ärztinnen und Ärzte sehen sich in Konkurrenz zu Pflegenden wenn es um Ressourcenverteilung (z.B. hinsichtlich der Finanzierung von Weiterbildungen), Einflussnahme auf die Organisation des Krankenhauses (z.B. Reduktion der belegbaren Betten bei Personalmangel). und um die Verteilung von Verantwortung und Aufgaben geht.</p>	<p>Die Konkurrenzsituation hat im Projektverlauf eher zugenommen. MedizinerInnen fürchten an Einfluss zu verlieren. Dies betrifft sowohl organisatorische Fragen als auch inhaltliche Aspekte wie die Zuständigkeit für das Wundmanagement.</p>
Parallelwelten	<p>Partiell bewegen sich die Angehörigen von Medizin und Pflege in parallelen Arbeitszusammenhängen. „<i>Es gibt halt, es gibt die Ärztstation und die pflegerische Station und das hat nicht immer was miteinander zu tun.</i>“ (BT, t0). Der Austausch fehlt und führt zu einem Nebeneinanderher. Die Entstehung dieser Parallelität wird der Arbeitsorganisation, dem Zeitmangel aber auch dem mangelnden Interesse an Austausch zugeschrieben.</p>	<p>Die Wahrnehmung paralleler, weitgehend unverbundener Arbeitsstränge von Pflege und Medizin bleibt unverändert. Es zeigt sich aber eine erhöhte Bereitschaft, die Distanz kommunikativ zu überwinden.</p>

Themencluster: Verständnis von Pflege

Patientenkontakt	<p>Der Pflegeberuf ist aus Sicht der MedizinerInnen und Mediziner gekennzeichnet durch die Intensität des Kontaktes zu den PatientInnen, die die Intensität des Arzt-Patienten-Kontaktes übersteigt. Diese Intensität ergibt sich durch die reine Zeitdauer, die die Pflegenden mit den PatientInnen im Kontakt sind, aber auch durch die Art der pflegerischen Tätigkeit, die mit großer körperlicher Nähe einhergehen kann. Eine weitere Besonderheit stellt die wahrgenommene pflegerische Empathie dar, die zu einem vertrauensvollen Verhältnis führen kann, in dem PatientInnen Pflegenden gegenüber offener sind als ÄrztInnen gegenüber und damit auch Zugang zu Informationen bekommen, die für die medizinische Therapie relevant sind.</p>	<p>Die Einschätzung der Charakteristika der Pflege bleibt im Projektverlauf unverändert.</p>
Kommunikationsfunktion	<p>Den Pflegenden wird eine zentrale Bedeutung bei der Vermittlung von unterschiedlichen Informationen zugesprochen. Die Nähe der Pflegenden zu den PatientInnen prädestiniert diese Informationen unterschiedlichster Art, z.B. Äußerungen von PatientInnen und Angehörigen, zu erhalten. <i>„Ich denke auch, dass die Pflege für die Patienten so der primäre Ansprechpartner ist.“ (VBW, t0)</i> ÄrztInnen sind darauf angewiesen, dass auch Beobachtungen des Gesundheitszustandes oder Befundveränderungen an sie weitergeleitet werden.</p>	<p>Die Bedeutung der Kommunikation mit den verschiedenen Beteiligten ist zum Zeitpunkt des Projektendes unverändert hoch.</p> <p>Dazu gehört auch unverändert die Erwartung an Pflegende, Übersetzungsarbeit zu leisten. <i>„Ich denke, die Pflege vermittelt dem Patienten eben vieles, dass er um seine Krankheit mehr weiß ..., weil viel mehr darauf eingeht, warum was gemacht wird, während die Ärzte da eigentlich nicht so viel drauf eingehen, dass der Pa-</i></p>

	<p>Die Vermittlung von Informationen wird auch in umgekehrter Richtung erwartet. So kommt den Pflegenden die Aufgabe zu, dass von den Ärztinnen Gesagte in eine Alltagssprache zu übersetzen.</p> <p>Auch im interprofessionellen Bereich, wie der Kommunikation zwischen dem ärztlichen Bereich und der Physiotherapie oder dem Sozialdienst kommt den Pflegenden vielfach die Aufgabe der Informationsübermittlung zu.</p>	<p><i>tient die Chance hat, es wirklich zu verstehen. (BT, t1)</i></p>
<p>Kompetenz/-erwartung (Pflege)</p>	<p>Von Pflegenden wird erwartet, dass diese empathisch auf PatientInnen eingehen und diese dort abholen, wo sie jeweils stehen. Das pflegerische Bestreben, Wohlbefinden zu vermitteln, gilt auch für anspruchsvolle PatientInnen. Hier ist professionelles Verhalten im Umgang gefragt, wird aber – so die Einschätzung der ÄrztInnen - nicht immer realisiert.</p> <p>Darüber hinaus erwarten die ärztlichen InterviewpartnerInnen von Pflegenden Eigeninitiative, Verantwortungsbewußtsein, Engagement, Mitdenken, Sensibilität für Veränderungen, die Fähigkeit Prioritäten zu setzen und in hektischen Situationen die Ruhe zu bewahren. Damit dies gelingt, sind pathophysiologische Kenntnisse, sowie Kenntnisse zu diagnostischen Aspekten wie die Einordnung von Befunden und Statusveränderungen erforderlich. Auf dieser Grundlage könnten der aktuelle Gesund-</p>	<p>Nach Abschluss des Projektes hat sich der erwartete Grad des selbstständigen Handelns der Pflegenden erhöht.</p> <p>Verstärkt wird von den ÄrztInnen gefordert, die Pflegenden mögen ihre Einschätzung der Patientensituation selbstbewusst in die Diskussion einbringen.</p>

	<p>heitszustand eingeschätzt und der Grad z.B. einer potentiellen Gefahrensituation beurteilt werden. Problemstellungen sollten erkannt, bewertet und kommuniziert werden. Ggfls sei auch in konstruktiver Weise Kritik zu üben. Das erwartete Wissen über einzelne PatientInnen geht über medizinische Daten hinaus und umfasst auch deren Alltagssituation soweit diese z.B. für die Weiterversorgung von Belang ist.</p>	
Anleitungsfunktion	<p>Erfahrene Pflegende stellen für junge AssistenzärztInnen eine Quelle berufspraktischen Wissens dar. ÄrztInnen erfahren durch Pflegende eine Unterstützung bei der Entwicklung von Entscheidungsrouitinen. Dies kann das Erkennen von Patientenbedürfnissen ebenso betreffen wie diagnostische und therapeutische Aspekte. <i>„Ich habe auch von denen sehr, sehr viel gelernt und sehr, sehr viel mitgenommen.“(BT, t0)</i></p>	<p>Die Anleitungsfunktion der Pflegenden wird zum Abschluss des Projektes von den interviewten ÄrztInnen nicht mehr thematisiert.</p>
Ausführungsfunktion	<p>Zu den Erwartungen der ÄrztInnen gehört, dass Pflegende ihre Anordnungen korrekt ausführen, denn <i>„die Pfleger ... sind ja quasi für das Umsetzen zuständig. (BT, t0)“</i>. Dabei wird diesem Aufgabenbereich durchaus Bedeutung beigemessen. <i>„Ich denke, das ist schon ganz wesentlicher Bestandteil, dass ... die Patienten wieder gesund werden... Dass das überwacht wird und auch ordnungsgemäß durchgeführt wird.“ (VBW, t0)</i></p>	<p>Der Fokus auf die ausführende Rolle der Pflegenden ist abgeschwächt, ohne die Erwartung einer korrekten Durchführung von Anordnungen aufzugeben.</p>
	<p>Die ÄrztInnen erhoffen sich von Pflegenden neben klassi-</p>	<p>Die erwartete zusätzliche Entlastung ist eingetreten.</p>

Arztentlastung	schen Unterstützungsformen, wie das Bereitstellen relevanter Befunde oder benötigter Materialien weitere Entlastungen. Handwerkliche Aufgaben, die bislang vielfach in den ärztlichen Aufgabenbereich gehören wie Blutentnahme, das Legen von Braunülen und das Anhängen von Infusionen sollten verstärkt von Pflegenden übernommen werden. Auch im administrativen Bereich wie die Vereinbarung von Untersuchungsterminen mit den Funktionsabteilungen wird Entlastungspotential gesehen.	
Themencluster Arbeitbedingungen		
Organisationsmängel	Unzureichend funktionierende Organisationsstrukturen beispielsweise in der Aufgaben und Ablauforganisation, Kommunikations- und Führungsdefizite und fehlendes Patientenmanagement sind Organisationsmängel, die den Arbeitsalltag für die ÄrztInnen erschweren. Eine interprofessionelle Zusammenarbeit gestaltet sich schwierig, wenn zum Beispiel gegenseitige Rücksprache strukturell nicht vorgesehen ist, damit nicht stattfindet und dadurch wichtige Informationen verloren gehen.	Organisationsmängel bleiben. Aber es zeigen sich Verbesserungen im Ablauf der Versorgungsprozesse durch die Einführung des Versorgungsmanagements. Die Kontinuität in der Patientenbetreuung und die verstärkte Übernahme der Verantwortung für den gesamten Versorgungsprozess durch Bezugspfleger verbessert den Informationsfluss und reduziert Reibungsverluste an den Schnittstellen.
Zuständigkeitsdiffusion	Vor Projektbeginn sind Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten geklärt.	Eine nicht eindeutig geregelte oder ausreichend kommunizierte Reorganisation der Aufgabenzuteilung zwischen den Berufsgruppen Medizin und Pflege verbunden mit Unsicherheiten über rechtliche und vers-

		<p>cherungstechnischen Bestimmungen führt im Arbeitsalltag zu Irritationen. Mangels eindeutiger Vorgaben bzw. eingespielter Routinen kommt es zu individuellen situationsabhängigen Entscheidungen, die teilweise erhebliche Spannungen zwischen den Beteiligten produzieren, wenn diese Entscheidungen nicht einvernehmlich gefällt werden.</p>
Zeitdruck	<p>In der Wahrnehmung reicht die zur Verfügung stehende Zeit nicht aus, um die anfallenden Arbeiten korrekt auszuführen. Durch Arbeitsverdichtung und fehlendes Personal kommt es zu Qualitätseinbußen. Es bleibt nur wenig Zeit für Patienten- und Angehörigengespräche. Der durch Zeitmangel verursachte Stress beeinflusst die Arbeitsatmosphäre zwischen den Berufsgruppen negativ.</p>	<p>Der hohe Zeitdruck wird zu beiden Zeitpunkten als unverändert wahrgenommen.</p>

Die Beschreibung der Kategorien der Berufsgruppe Pflege (Tabelle 11) erfolgt primär gemeinsam für die drei Modellkrankenhäuser, wenn sich Besonderheiten zeigen, werden diese entsprechend ausgewiesen.

Tabelle 11: Ergebnisse Auswertung qualitative Interviews Pflegefachpersonen

Kategorie	t0	t1
Themencluster: Selbstverständnis		
	<p>Zu den grundlegenden Überzeugungen der Pflegenden gehört, dass eine gute pflegerische Versorgung sich an den</p>	<p>Der hohe Stellenwert der Patientenorientierung findet sich auch nach Projektabschluss.</p>

<p>Patientenorientierung</p>	<p>Bedürfnissen der PatientInnen zu orientieren hat. Dabei rücken psychosoziale Bedürfnisse in den Vordergrund. Der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zu den PatientInnen wird als bedeutsam für die Vermittlung von Sicherheit und die Unterstützung in der Krankheitsbewältigung wahrgenommen. Pflegende sehen sich als Hauptansprechpartner für PatientInnen. Eine entscheidende Voraussetzung ist dabei der lange und häufige Kontakt zu den PatientInnen. Gespräche mit den PatientInnen sind ein bedeutsamer Bestandteil dieser Beziehungsarbeit. Die Sorge für das Wohlbefinden wird als ein wichtiger und eigenständiger pflegerischer Beitrag zur Genesung gewertet. Patientenorientiert zu handeln erscheint erstrebenswert, ist aber auch anstrengend. <i>„Ja, wenn man so individuell auf den Patienten eingehen kann, dann macht das schon einen gewissen Prozentsatz aus. Der Patient fühlt sich besser, ihm geht es auch dadurch besser. Es kostet zwar viel Kraft, aber für den Patienten ist es gut.“</i> (WK, t0)</p>	<p>Verbundkrankenhaus Bernkastel Wittlich Die Einführung der Bezugspflege ist mit einer Zunahme des Vertrauensverhältnisses verbunden. PatientInnen fragen gezielt nach ihrer Bezugspflegerperson, Pflegende haben vertiefte Kenntnisse zu den spezifischen Anliegen der PatientInnen und fühlen sich verstärkt in der Pflicht, diese auch zu berücksichtigen. <i>„Also seit dem Bezugspflegeprojekt ... inniger. Also man sieht die Patienten die ganze Woche oder teilweise auch zwei Wochen... und die sind dann auch schon so, ich sag mal, fixiert auf einen, die fragen dann auch wirklich: Ist Schwester ... da? Und ich hätte noch gerne das und das Anliegen und die vertrauen einem schon viel mehr. Die äußern dann auch mal, sag ich mal, wie ich hab Schmerzen, kann man da was machen.“</i> (VBW, t1). Der zunehmende Blick für die Gesamtsituation der PatientInnen schlägt sich auch in eine Intensivierung der Beratung und Anleitung der Angehörigen nieder.</p>
<p>Erledigungsorientierung</p>	<p>Priorität hat ein „Wegschaffen“ der Tätigkeiten in der jeweiligen Arbeitsschicht. Diese Erwartung richtet sich an die eigene Person sowie an alle Pflegenden im Team. Wichtig ist, <i>„dass er seine Arbeit gemacht hat und auch alles weggeschafft hat, bis dann der Spätdienst kommt“</i> (VBW, t0). Der zunehmenden Arbeitsverdichtung wird mit einer Steigerung des eigenen Arbeitstempos begegnet.</p>	<p>Im Westfalzklinikum und im Brüderkrankenhaus Trier finden sich zu t1 keine Unterschiede zu t0.</p> <p>Verbundkrankenhaus Bernkastel /Wittlich: Die Wahrnehmung von Aufgaben im Sinne von „Wegschaffen“ ist deutlich abgeschwächt. Stattdessen werden Aufgaben verstärkt kontextbezogen bewertet.</p>

Ausführungsfunktion	<p>Die Zuständigkeit für die Umsetzung der ärztlichen Anordnung wird selbstverständlich akzeptiert; denn „<i>die entscheiden halt... und wir führen das aus, was sie uns aufschreiben</i>“ (VBW, t0). Gleichwohl besteht die Gewissheit der eigenen Bedeutung, auch in dieser Rolle, „<i>und dann kann der Arzt noch so viele Anordnungen treffen, wenn die Pflege nicht dafür sorgt, dass sie umgesetzt wird oder auch mit dem Patienten daran arbeitet, dass es umgesetzt werden kann, dann funktioniert das nicht</i>“ (VBW, t0).</p>	<p>Die korrekte Ausführung von Anordnungen wird auch nach Projektende als regulärer Auftrag der Pflegenden gesehen. Verstärkt wird jedoch der aktive Beitrag der Pflegenden hervorgehoben.</p>
Verantwortungsbereitschaft	<p>Pflegende widmen sich verantwortungsbewusst ihren Aufgaben. Dazu gehören ausgewiesene Aufgabenfelder in denen fortlaufend Entscheidungen getroffen werden müssen wie die Form der Unterstützung der PatientInnen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, die Art des pflegerischen Wundmanagements, das Ausmaß der Aktivierung der PatientInnen, die Vorbereitung der Entlassung sowie die Umsetzung der ärztlichen Anordnungen z.B. hinsichtlich des Zeitpunktes unter Berücksichtigung des Tagesablaufes der PatientInnen. Nicht zuletzt im Aufgabenfeld einer Stationsleitung ist Entscheidungsfreudigkeit gefragt.</p> <p>Eine potentielle Ausweitung von Verantwortung wird ambivalent gesehen. Teilweise wird eine Ausweitung des Entscheidungsspielraumes gefordert. Verantwortungsbereitschaft wird aber auch mit Risiko in Verbindung gebracht. Dieses Risiko erzeugt teilweise Angst.</p>	<p>Die patientenbezogenen Entscheidungsfelder bleiben erhalten. Zusätzlich übernehmen Pflegefachpersonen im organisatorischen Bereich Verantwortung für die Delegation von Aufgaben an Assistenz- und Servicekräften.</p> <p>Verbundkrankenhaus Bernkastel Wittlich: Das Gefühl für die Versorgung spezifischer PatientInnen verantwortlich zu sein hat zugenommen. „<i>Ich glaube, man fühlt sich mehr verantwortlicher als vorher... Ich weiß, dass alles in meiner Hand bleibt, dass ich jetzt derjenige bin, die auch alles rundherum zu organisieren hat, da hat sonst keiner im Prinzip ein Eingriffsrecht in der Form</i>“ (VBW, t1)</p> <p>Die Wahrnehmung der anfallenden Aufgaben hat</p>

		<p>sich geändert. Es geht nun nicht mehr darum, dass Aufgaben zu erledigen sind, sondern dass die pflegerische Versorgung konkreter PatientInnen verantwortlich gestaltet wird. <i>„Und dann war sicher die eine oder andere Situation vorher, wo man auch schon gedacht hätte, na ja, die können, morgen früh sind die auch gut besetzt und so. Jetzt denkst du aber: Das ist ja dein Patient, gell. Da schreibst du da schon die Pflegeplanung“</i> (VBW, t1).</p>
<p>Kommunikationsfunktion</p>	<p>Die Kommunikation von Informationen in unterschiedlichen Zusammenhängen und wechselnden KommunikationspartnerInnen stellt für Pflegende ein zentrales Arbeitselement dar. Dazu gehört die Weitergabe von Informationen z.B. aus der Krankenbeobachtung oder aus Gesprächen mit PatientInnen an ÄrztInnen. Die Richtung des Informationsflusses wird weitgehend als einseitig wahrgenommen. Darüber hinaus sehen sich Pflegende in der Rolle, Informationen, die PatientInnen von MedizinerInnen erhalten haben, in eine für Laien verständliche Sprache zu übersetzen. Pflegende sehen sich ebenfalls in der Übermittlerrolle zwischen Patienten- und Angehörigenwünschen und MedizinerInnen, an die diese Wünsche gerichtet sind. Diese Rolle ist verbunden mit oft schwierigen Aushandlungsprozessen. Eine weitere Dimension dieser Kommunikationsfunktion ergibt sich aus der Rolle der Pflegenden als Arztassistenz. In der Folge gehört es zu ih-</p>	<p>Die verschiedenen Dimensionen der Kommunikationsfunktion bleiben erhalten. Eine Veränderung deutet sich an im Bereich der Informationsübermittlung. Zum Projektende wird verstärkt die Forderung nach gegenseitiger Information zwischen Pflegenden und MedizinerInnen als Voraussetzung für eine funktionierende Patientenversorgung erhoben.</p> <p>Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich</p> <p>Es zeigt sich, dass der Grad der Information auch durch Organisationsformen beeinflusst wird. Bezugspfleger verfügen über ein umfassenderes Wissen über die PatientInnen, für die sie verantwortlich sind. <i>„Und ich weiß viel mehr über den Patienten, ich weiß über die Krankheitsbilder viel besser Bescheid. Ich weiß, was noch zu machen ist, welche</i></p>

	<p>ren Aufgaben, Anordnungen an Mitglieder anderer Berufsgruppen, z.B. dem Sozialdienst oder Abteilungen, z.B. Funktionsabteilung weiterzuleiten bzw. hier auch auf Umsetzung der Anordnung zu drängen.</p>	<p><i>Untersuchungen anstehen, wann die Entlassung geplant ist... ich bin halt richtig informiert über den Patient“ (VBW, t1).</i></p>
<p>Kompetenzerwartung (eigene Berufsgruppe)</p>	<p>Die Ansprüche an das eigene Handeln sind hoch. Pflegende erwarten von sich und ihren Kolleginnen vielfältige Kompetenzen wie Empathie, Beziehungsfähigkeit, Engagement, Gelassenheit, Zuverlässigkeit, Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit</p> <p>Für die Zusammenarbeit sind ihnen Teamfähigkeit, Konfliktfähigkeit, Hilfsbereitschaft, Kollegialität, Engagement und die Bereitschaft zur Übernahme von Entscheidungen verbunden mit dem Erkennen der eigenen und professionellen Grenzen wichtig. Im Bereich der Fachkompetenz sind Erfahrungswissen und aktuelles pflegerisches und medizinisches Wissen wichtige Voraussetzungen für die tägliche Arbeit.</p>	<p>Das Spektrum der Erwartungen an das eigene Kompetenzprofil bleibt unverändert.</p> <p>Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern</p> <p>Die unterschiedlichen projektbezogenen Fortbildungsangebote führen zu einer größeren Offenheit gegenüber Wissensinhalten, <i>„durch die ganzen Fortbildungen ..., ja, dass halt man wieder so den Anreiz kriegt, was auch daheim sich durchzulesen“ (WK, t1)</i></p>
<p>Anleitungsfunktion</p>	<p>Pflegenden übernehmen in berufspraktischen Fragen immer mal wieder Anleitungsfunktion für junge AssistenzärztInnen. <i>„Dann haben wir im Moment junge, unerfahrene Ärzte da, die – also ohne dass jetzt böse zu meinen, aber ich glaub, wenn die manche erfahrene Krankenschwester nicht an ihrer Seite hätten, auch anders dastehen würden.“ (TR-T-0)</i> Diese Rolle wird von Seiten der OberärztInnen unterstützt. <i>„Dann gehen die [Oberärzte] auch schon mal</i></p>	<p>Die grundsätzliche unterstützende Funktion von erfahrenen Pflegepersonen jungen AssistenzärztInnen gegenüber bleibt erhalten.</p> <p>Im Brüderkrankenhaus Trier wird diese Funktion ergänzt um den gegenseitigen Austausch von praktischem und theoretischem Wissen. <i>„Ja, wie mache ich das, wie mache ich das... und deswegen auf Au-</i></p>

	<p><i>hin und sagen [den jungen AssistenzärztInnen]: Sie können ruhig hören, wenn die [PflegerIn] so was sagt“ (Wtl t0).</i></p>	<p><i>genhöhe, weil die froh sind, wenn wir ihnen was erklären und im Gegensatz erklären sie uns dann auch viel“ (BT, t1)</i></p>
	<p>In den Interviews der Pflegenden im Westfalzklinikum wird dieses Thema nicht aufgegriffen.</p>	<p>In den Interviews der Pflegenden im Westfalzklinikum wird dieses Thema nicht aufgegriffen.</p>
<p>Fließendes Zuständigkeitsprofil</p>	<p>Das Zuständigkeits- und Aufgabenprofil der Pflegenden ist nicht starr fixiert, sondern es gibt fließende Übergänge sowohl zum medizinischen Bereich als auch zum Bereich der Pflegeassistenz. Pflegende diskutieren die Verteilung von (Pflege-)Aufgaben kompetenz- und kontextbezogen sowie auf der Folie persönlicher Interessen.</p> <p>Die durch das Projekt angestoßenen Verschiebungen im Aufgabenprofil werden von den Pflegenden unterschiedlich bewertet. Einerseits wird der Einsatz von Assistenzpersonen als Entlastung wahrgenommen. Dabei ist das Spektrum der zugewiesenen Tätigkeiten abhängig vom Qualifikationsprofil der unterstützenden Personen. So arbeiten die Medizinischen Fachangestellten (MFA) im Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich mit einem anderen Profil als angelernte Servicekräfte. Die MFA unterstützen im Bereich der Administration und in der Übernahme der Blutentnahmen sowie der Anlage von Venenverweilkanülen. Deutlich wird dabei, dass ihr Aufgabenfeld in die verschiedenen Aufgabengebiete von Pflege, Medizin und Verwaltung diffundiert.</p>	<p>Zum Zeitpunkt t1 liegen Erfahrungen mit Verschiebungen verschiedener Aufgaben und Tätigkeiten vor. Pflegende übernehmen vermehrt bisherige artznahe Tätigkeiten, PflegeassistentInnen Aufgaben im Bereich der Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens. <i>„Wobei wir jetzt mehr auch in den medizinischen Bereich reingegangen sind, mit Blutentnahme, mit mehr körperlichen Untersuchungen, dadurch sind ja meine Sachen, wo ich vorher gemacht habe, wieder von Pflegeassistenten mehr übernommen worden“.</i> (WK, t1).</p> <p>In allen Modellkrankenhäusern nehmen Pflegende den Einsatz von unterstützendem Personal auch im Sinne von Entlastung wahr.</p> <hr/> <p>Westfalzklinikum Kaiserslautern und Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich</p> <p>In beiden Häusern zeigt sich, dass es auch zur Weiterleitung von Aufgaben kommt, für die diese Grup-</p>

	<p>Teilweise wird der Einsatz von Assistenz- und Servicepersonal aber auch mit Sorge betrachtet, da ein Verlust von patientenbezogenen Informationen bzw. eine Reduktion der Qualität pflegerischer Versorgung befürchtet wird. <i>„Ich weiß nicht, ob die Leute dann da gut gelagert sind oder schlecht gelagert sind. Ich meine, es sind halt so einfache Sachen, die drehen die zwar auch auf die Seite, aber zum Beispiel glaube ich nicht, dass die das Verständnis haben für eine 30-Grad-Lagerung... Und dann macht man das halt so, aber warum man das macht, weiß auch keiner“</i> (VBW, t0).</p> <p>Die Übernahme von Aufgaben, die zuvor dem ärztlichen Bereich zugeordnet waren, wird unter dem Aspekt der Verbesserung der Patientenversorgung z.B. durch eine Reduktion der Wartezeit positiv bewertet. Neben dem patientenorientierten Fokus wird die Verschiebung des Aufgabenprofils teilweise als persönlicher Gewinn betrachtet. <i>„Ich freue mich darauf, mal ein paar andere Tätigkeiten zu übernehmen und auch mal ein bisschen ja, so was Lagern und Pflegerisches mehr abzugeben und ein paar andere Aufgaben mal zu übernehmen. Finde ich ganz interessant und ich freue mich darauf“</i> (WK, t0).</p>	<p>pe nicht qualifiziert ist. <i>„Manchmal – mutet man den Servicekräften auch zu viel zu, weil man selber nicht die Zeit dafür hat, aber was eigentlich gar nicht in deren Aufgabenbereich liegen sollte“</i> (VBW, t1)</p>
Entwicklungspotential	<p>Durch die geplante Aufgabenneuverteilung sehen Pflegenden Entwicklungsmöglichkeiten und erhoffen sich eine zunehmende Selbstständigkeit. <i>„Es ist einfach, man hat</i></p>	<p>Pflegenden in allen Modellkrankenhäusern fühlen sich gestärkt, selbstbewusster und akzeptierter, <i>„dass die Kommunikation, gerade während der Visite</i></p>

	<p>wieder mehr Freiraum, wo man nicht jemanden nachlaufen muss und fragen muss ...man ist wieder noch ein Stück selbstständiger...“ (BT,t0) Auch wird eine Erweiterung der Aufgaben, z.B. im Bereich Beratung und Anleitung aber auch in der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten als Entwicklungsmöglichkeit gesehen, die positiv bewertet wird. „Für mich selbst, ja, sehe ich eine Bereicherung. Ich werde besser qualifiziert sein. Ich meine, wir wissen noch nicht, was da im Endeffekt ja rauskommt, aber das, was wir alles lernen und mitnehmen können, finde ich schon super“ (WK, t0)</p>	<p>..., dass es nicht mehr nur neben dran stehen ist und zuhören, sondern ein Mitspracherecht ist da“ (WK, t1).</p> <p>Die positive Wahrnehmung der Veränderungen führt zu dem Wunsch nach Verstetigung „Und jetzt, wenn man mal dann drin gearbeitet hat, dann will man eigentlich nicht mehr raus, weil - man kann ja viel besser, also ich für mich, ich übernehme gerne Verantwortung“ (VBW, t1).</p>
Administrationsverpflichtung	<p>Das Ausmaß der Administration wird als zunehmend und als zu umfangreich wahrgenommen. Die Relevanz der durchzuführenden Assessments und ihrer Dokumentation wird teilweise nicht gesehen. Die konkrete Versorgung der PatientInnen hat für die überwiegende Mehrheit der Pflegenden Priorität vor den administrativen Aufgaben. Diese werden in der Konsequenz zeitlich versetzt oder zum Teil außerhalb der Regelarbeitszeit durchgeführt.</p>	<p>Der Dokumentationsaufwand bleibt hoch. Die erwartete Entlastung im administrativen Bereich ist nur teilweise eingetreten.</p>

Themencluster: Interaktion

Hierarchie

Innerhalb der Berufsgruppe der Pflegenden wird ein kooperativer Führungsstil gelebt. Dies beinhaltet die Partizipation des gesamten Pflgeteams an Entscheidungsprozessen und ist verbunden mit einem relevanten Gestaltungsspielraum in der pflegerischen Arbeit. *„Wir treffen eigentlich die Entscheidungen zusammen. Klar... unsere Stationsleitung setzt den Punkt dahinter, aber ich denke, wir haben oft Teamsitzungen, wo wir halt gemeinsam eigentlich alles festlegen“* (WK, t0).

Die pflegerische Stationsleitung wird als AnsprechpartnerIn für Bedürfnisse und Anliegen der Stationsmitglieder erlebt. *„Wenn man was hat... kann man immer hingehen, zu jeder Zeit...wenn da irgendwas ist, können wir eigentlich jederzeit sagen: Hier, ich hab da was. Da drückt mich der Schuh“* (VBW, t0).

Im Verhältnis zur Berufsgruppe der ÄrztInnen nehmen Pflegende ihre Rolle als untergeordnet wahr. *„Irgendwie sind sie ja ein bisschen höher als wir, also, ich habe schon Respekt vor den Ärzten, ja, sollte man ja eigentlich auch“* (VBW, t0). Das wahrgenommene Machtgefälle äußert sich in einem defensiven Verhalten, gerade in der gemeinsamen Visite als der herausragende Ort der interprofessionellen Zusammenarbeit.

An den wahrgenommenen unterschiedlichen Positionen zwischen Pflegenden und ÄrztInnen auf einer Rangskala der Macht ändert sich im Projektverlauf nichts. *„Also so, natürlich, also unterwirft man sich dann eher mal, dass man sagt: Okay, das hat der jetzt gesagt, ist ja Arzt, ne“* (WK, t1).

Durch den vermehrten Einsatz von Assistenz- und Servicepersonal ist eine weitere Hierarchieebene entstanden. Pflegende formulieren an sich selbst den Anspruch, Angehörigen dieser Gruppe respektvoll zu begegnen. Gleichwohl ist der Anspruch der gemeinsamen Entscheidungsfindung im Team der an der Pflege Beteiligten aufgebrochen.

Westfalzklinikum Kaiserslautern

Im Projektverlauf wird eine Reduktion der Mitsprachemöglichkeiten der PflegemitarbeiterInnen innerhalb des Pflgeteams und eine zunehmenden Kontrollfunktion der Stationsleitung wahrgenommen: *„Ja, und die Selbstständigkeit nimmt man ab mit den Regeln...“* (WK, t1) und *„da haben wir wenig ... bis gar kein Mitspracherecht...“* (WK, t1).

	<p>„Und – da ist man dann bei der Visite zum Beispiel auch sehr zurückhaltend, da besprechen sich Assistenzarzt und Oberarzt und dann guckt man oder ist nur still dabei und wartet dann ab“ (VBW,t0). Der Wunsch ist jedoch, stärker in Entscheidungen einbezogen zu werden. „Manchmal würde ich mir noch ein bisschen mehr... Entscheidung... würde ich mir wünschen, noch ein bisschen mehr entscheiden zu dürfen“ (BT, t0).</p>	
Kooperation	<p>Kooperation in der interprofessionellen Zusammenarbeit beinhaltet für die Pflege eine gegenseitige Informationsweitergabe und Unterstützung sowie die professionsübergreifende Konsensfindung. Das Teamverständnis der Pflegenden ist interprofessionell ausgerichtet und umfasst nicht nur Berufsgruppen, die auf der Station tätig sind, sondern auch Gruppen, die punktuell eingebunden werden wie PhysiotherapeutInnen.</p> <p>Absprachen bilden aus der Sicht der Pflege dabei ein wichtiges Moment der gelingenden Zusammenarbeit. Allerdings wird das Wünschenswerte nicht immer realisiert; „oft die Absprache untereinander, zwischen Ärzten, Oberärzten und Schwestern, wo die Zusammenarbeit einfach noch besser funktionieren könnte, wo ich denke, wenn man da sich ein bisschen besser absprechen würde in den Entscheidungen, die man so trifft, würde das besser funktionieren“ (VBW, t0).</p>	<p>Die Überzeugungen hinsichtlich einer gelingenden Kooperation sind unverändert. Es zeigt sich, dass die projektbezogene Verbesserung der Kooperation Grenzen hat. „Ich dachte... dass das sich alles auch so mit den Ärzten ein bisschen anders verläuft, dass mehr Gespräche stattfinden untereinander, auch mit, mit den Ärzten und dass das einfach, dass es nicht sich nur beschränkt auf Vigo legen, Abhören und – Blutentnahme“ (WK, t1).</p> <p>Brüderkrankenhaus Trier</p> <p>In der Wahrnehmung der Pflegenden hat die Bereitschaft der ÄrztInnen zur projektbezogenen Kooperation im Projektverlauf nachgelassen. Informationen werden nicht an die Bezugspflegekraft weitergegeben, die Behandlungspfade werden nur unzureichend berücksichtigt und die Umverteilung der Aufgaben geht zu Lasten der Pflegenden. „Ich fand das</p>

		<p>ganze Projekt auch gut, ...aber nicht um jeden Preis und schon dreimal nicht, wenn irgendwie – Ärzte dann da sitzen und sich ins Fäustchen lachen, weil wir ihre Arbeit machen“ (BT, t1).</p>
Interdependenz	<p>Pflegende sind überzeugt, dass die verschiedenen beteiligten Berufsgruppen bei der Patientenversorgung aufeinander angewiesen sind. <i>„Ja, dass man sich wirklich als interdisziplinäres Team sieht und alle an einem, das jeder an einem Strang zieht, weil der Patient ist es ja, um den es sich dreht. Und ja, Verständnis auch für alle anderen Berufsgruppen, so dass eine Berufsgruppe das nicht wissen kann, was die andere kann, dass halt jeder eine eigene Profession hat und dass man sich auch Hilfe holt, wenn die benötigt wird von einer anderen Profession. Ich denke, nur so kann es optimal laufen“</i> (WK, t0).</p>	<p>Diese Überzeugung besteht unverändert fort.</p>
Konflikte	<p>Es gibt keine Angaben zu dieser Kategorie.</p>	<p>Westfalzklinikum Kaiserslautern</p> <p>Aufgabendiffusionen zwischen Pflegenden und Assistenzpersonen verbunden mit einer heterogenen Qualifizierung führte zu einer erhöhten Kontroll- und Steueraktivität der Stationsleitung. Die in diesem Kontext entstandenen Spannungen belasten die Zusammenarbeit, führen zu zunehmender Unzufriedenheit und erhöhtem Personalausfall. <i>„Es gibt Personen, welche sagen ganz offen, die kommen mit</i></p>

		<p><i>schweren Gedanken, schwerem Herzen auf die Arbeit.... Und der Umgang miteinander ist schwerer geworden und irgendwie immer so Konfliktsituationen, kommen immer mehr rein“ (WK, t1).</i></p>
<p>Wertschätzung</p>	<p>Gegenseitiger Respekt, Wertschätzung und Akzeptanz innerhalb des Pflorgeteams, besonders auch den Servicekräfte mit ihren unterschiedlichen Kompetenzen und Aufgabengebieten gegenüber, sind für die Pflegenden ein wichtiges Element der Zusammenarbeit. Erwartet wird aber auch eine wertschätzende Haltung der ÄrztInnen ihnen gegenüber. Dies kann ihren Ausdruck finden in der Bewertung pflegerischer Informationen und Einschätzungen. <i>„Ja, also, wenn ich ernst genommen werde, dann sehe ich das da dran, dass auch wirklich irgendeine Handlung dann daraus entsteht, wenn ich was sage“ (BT, t0).</i></p>	<p>Westfalzklinikum Kaiserslautern Pflegende nehmen zum Projektende eine zunehmende Wertschätzung ihrer Leistungen und Kompetenzen durch Ärztinnen wahr.</p>
		<p>Brüderkrankenhaus Trier Die Pflegenden haben den Eindruck, dass der interdisziplinäre Charakter dieses Projektes aufgegeben wurde. <i>„Ich finde es einfach nur schade, dass die Ärzte ... generell dieses Projekt nicht mehr unterstützt haben. Das war für die einfach – lächerlich. So haben sie es uns auch spüren lassen“ (BT, t1)</i></p>
		<p>Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich. Die z.T. enttäuschenden Erfahrungen im Arbeitsalltag bestehen auch zum Projektende. <i>„Ich wünschte mir halt oft, wie gesagt, von den Ärzten halt so den Rückhalt. Dass die dann halt sagen, du bist den ganzen Tag mit den Patienten zusammen, ich glaub dir, was du mir sagst, und nicht - zum Beispiel wie, ein dementer Patient hat eine Betreuung. Der Arzt geht hin und fragt: Wie heißen Sie? Wo sind Sie hier? Und der Pa-</i></p>

		<p>tient kann das richtig beantworten und fragt dann: <i>Der ist doch gar nicht dement. Warum sagen Sie mir denn, der ist dement?“</i> (VBW, t1)</p>
<p>Themencluster: Arbeitsbedingungen</p>		
<p>Organisation</p>	<p>Pflegende nehmen Mängel wahr u.a. in der Organisation der Visiten, dem Zeitpunkt der pharmakologischen Behandlung, der dadurch gekennzeichnet ist, dass PatientInnen vielfach längere Wartezeiten in Kauf nehmen müssen, bevor eine intravenöse Medikation erfolgt, und in der Entlassungsplanung.</p>	<p>Westfalzklinikum Kaiserslautern Pflegende sehen eine Verbesserung der organisatorischen Abläufe durch die Übernahme der Anlage von peripheren Venenverweilkanülen und Blutentnahmen durch ihre Berufsgruppe. Im Gegensatz dazu ist die zeitgerechte Entlassungsplanung auch zum Ende des Modellprojektes noch nicht durchgehend gesichert.</p> <p>Insgesamt wirkte sich der schwierige Teambildungsprozess, der verbunden war mit einer hohen Personalfluktuation im Stations- und im Leitungsteam sowie die heterogene Zusammensetzung der Assistenzkräfte auch auf die Organisation der Prozessabläufe aus.</p> <p>Brüderkrankenhaus Trier Pflegende sehen zwar eine Zunahme der administrativen Aufgaben, aber auch Organisationsverbesserungen. <i>„Also so der Ablauf von Anfang bis Ende von</i></p>

		<p><i>dem stationären Aufenthalt von Patienten, der ist einfach viel strukturierter und ist auch besser für Patienten“ (BT, t1). Auch die Übernahme der Anlage von peripheren Venenverweilkanülen und Blutentnahmen durch die Pflege und die klare Verantwortlichkeit/ Ansprechbarkeit der Bezugspflegekräfte für PatientInnen, Angehörige und dritte Berufsgruppen führen zu einer Unterstützung der Prozesse und werden positiv bewertet. Eine frühzeitige Entlassungsplanung ist nicht regelmäßig gegeben.</i></p>
		<p>Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich PflegerInne nehmen als Folge der Bezugspflege und der neuen Handlungsspielräume eine Verbesserung der Prozesse wahr.</p> <p>Die im Zusammenhang mit der Arztbriefherstellung / Entlassungsplanung gemeinsam getroffenen Vereinbarungen zwischen MedizinerInnen, MFA und PflegerInnen werden bis zum Ende des Modellprojektes nicht zuverlässig umgesetzt. Dies zu Störungen im Stationsablauf, und zu Konflikten zwischen allen Beteiligten. Das Entlassungsmanagement ist nicht durchgehend zufriedenstellend.</p>
	<p>Der wahrgenommene Zeitdruck ist hoch. Arbeitsaufkommen und Zeitressourcen entwickeln sich diametral. Oftmals bleibt kaum Zeit für ein Gespräch mit PatientInnen</p>	<p>Westfalzklinikum Kaiserslautern Zum Zeitpunkt der t1-Erhebung hat der Zeitdruck noch mal zugenommen. Dies geht einher mit einer</p>

Zeitdruck	<p>oder Angehörige. Auch die Beratung kommt zu kurz. „Wenn es welchen dann nicht gut geht oder so, dass man ... da steht, aber im Hinterkopf hat, eigentlich habe ich keine Zeit, weil ich muss noch das und das und das machen“ (VBW, t0).</p>	<p>potentiellen Gefährdung der PatientInnen. „Zu kurz kommt einfach oftmals der Patient... Der Patient und auch die, wenn viel zu tun ist, auch die Überwachung, Notuntersuchungen und so, das kommt alles zu kurz, was mir sehr, sehr leid tut. Ich höre oft und denke, Gott sei Dank ist nichts passiert.“ (WK, t1)</p>
		<p>Brüderkrankenhaus Trier Der Zeitdruck ist weiterhin hoch und hat tendenziell eher durch die Übernahme der bisherigen ärztlichen Tätigkeiten zugenommen. Auch die Umsetzung der Bezugspflege schlägt sich hier nieder, z.B. hinsichtlich der Frage wie viele PatientInnen eine Bezugspflegekraft betreuen kann.</p>
		<p>Verbundkrankenhaus Wittlich Das erwartete Arbeitsvolumen und die zur Verfügung stehende Zeit werden als nicht mehr kompatibel eingeschätzt. „Jetzt muss mal irgendwann, zwischendrin steht da mal jemand auf und sagt: Das geht eigentlich nicht mehr. Das ist gefährlich...Wo ich dann denke, wer...legt das eigentlich fest, wie viel man als Pflegekraft pro Schicht machen kann.... Das ist ja letztendlich die spannende Frage, an der man dann immer wieder ankommt“ (VBW, t1).</p>

Zuständigkeitsdiffusion	Vor Projektbeginn sind Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten geklärt.	<p>Die eindeutige Klärung der Zuständigkeiten ist im Projektverlauf auf der Arbeitsebene nicht immer verwirklicht. Dies zeigt sich an diversen Schnittstellen und gilt für die verschiedenen Beteiligten. Auch wenn die formale Regelung vorliegt, bleiben teilweise Vorbehalte.</p>
	<p>Westfalzklinikum</p> <p>Im Schnittstellenbereich von Pflegefachpersonen und Pflegeassistenz haben sich wechselnde Zuständigkeiten auf dem Hintergrund persönlicher Befindlichkeiten ergeben. „<i>Wer ist so genau für was zuständig, das wechselt hier immer nur so ein bisschen. Es gibt zwar eine große Überschrift, aber dann kriegt man immer wieder mit, dass... irgendwelche Personen meinen, sie wären übervorteilt</i>“ (WK, t1).</p>	
<p>Brüderkrankenhaus Trier</p> <p>Evtl. werden im Nachtdienst von Pflegenden Entscheidungen erwartet, die deren Kompetenzbereich übersteigt. „<i>Wenn es kompetente Ärzte dann auch sind, kann man auch anrufen, aber es gibt auch Ärzte, die beschweren sich, warum man nachts dann dreimal wegen so einem Pups anruft und haben sich schon auch wirklich beim Chefarzt beschwert. Und</i></p>		

		<p><i>dann frage ich mich echt, ich habe ja keine Medizin studiert, ich weiß auch nicht alle Wirkungen von allen Hypertensiva oder Kontraindikationen, ... ich frage mich, wer übernimmt dann die Verantwortung, wenn dann wirklich mal was passiert“ (BT, t1).</i></p>
		<p>Verbundkrankenhaus Wittlich Die Zuständigkeitsdiffusion besteht zum zweiten Erhebungszeitpunkt besonders durch die Komponenten Arbeitsverdichtung und Personalknappheit. <i>„Jetzt was die Besetzung zum Beispiel angeht, wenn das halt sehr knapp ist, dann habe ich nach wie vor meine Betten selber gemacht ..., weil eine Servicekraft kann keine 40 Betten machen, ...Das heißt, wir haben auch selbst Entlassungen gemacht beziehungsweise Befunde abgeheftet oder Blutentnahmen, wenn die MFAs keine Zeit haben“ (VBW, t1).</i></p>

3.2.3 ÖKONOMISCHE EVALUATION

3.2.3.1 Ziel und Forschungsfragen

Im nachfolgend zu beschreibenden Teil „ökonomische Evaluation“ verfolgt die wissenschaftliche Begleitung der Modellvorhaben in rheinland-pfälzischen Krankenhäusern zur Optimierung der Arbeitsabläufe und zur besseren Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen das Ziel, ökonomische Effekte zu dokumentieren, die durch die modellbezogenen Interventionen in den beteiligten drei Krankenhäusern erklärt werden können.

Für die ökonomische Evaluation wurden die folgenden zentralen Fragestellungen formuliert:

- a) im Teilprojekt „Aufgabenneuverteilung im Krankenhaus“
 1. Wie sieht der Personalmix (ärztliches, pflegerisches, pflegeunterstützendes Personal) in den Abteilungen vor und nach der Aufgabenneuverteilung aus?
 2. Wie ist die Personalkostenstruktur vor und nach der Aufgabenneuverteilung?
- b) im Teilprojekt „Versorgungsmanagement im Krankenhaus“
 1. Wie verändert sich der Personalmix (ärztliches, pflegerisches, pflegeunterstützendes Personal) in den Stationen/Abteilungen?
 2. Wie hoch sind die Fallkosten vor und nach der Einführung des Versorgungsmanagements und der bezugsorientierten Patientenversorgung?
 3. Wie verändert sich die Kostenstruktur nach Einführung des Versorgungsmanagements und der bezugsorientierten Patientenversorgung?

3.2.3.2 METHODISCHE UMSETZUNG IM ARBEITSPAKET „ÖKONOMISCHE FRAGEN“

Im Rahmen der ökonomischen Evaluation geht es folglich zentral darum, die Veränderungen im Personalmix, in den Personalkosten im Speziellen sowie der Fallkosten und die Kostenstruktur differenziert vor und nach Einführung der Aufgabenneuverteilung im Krankenhaus und/oder des Versorgungsmanagements zu erfassen und gegenüberzustellen. Es handelt es sich hier somit um ein Vorher-Nach-Design ohne Kontrollgruppe mit drei beteiligten Einrichtungen (Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier und das Verbundkrankenhaus Wittlich/Bernkastel).

Für eine solche Analyse wurde das nachfolgend dargestellte Vorgehen entwickelt:

- Im ersten Schritt war es notwendig, dass betriebliche Rechnungswesen der drei beteiligten Einrichtungen zu analysieren. Es galt, die relevanten Kostenarten, Kostenstellen und – falls vorhanden – Kostenträger zu identifizieren. Da die drei beteiligten Einrichtungen, trotz einheitlicher Buchführungsvorschriften (KHBV), einen unterschiedlichen Entwicklungsstand ihres betrieblichen Rechnungswesens aufweisen werden, war es indiziert, dass die vorgesehenen Analysen einrichtungsindividuell vor Ort erfolgten.

- Im zweiten Schritt sollten – jeweils für die drei beteiligten Einrichtungen – für die identifizierte Kostenarten und -stellen die Bestände sowie in der Folge die Fallkosten vor und nach Einführung der Aufgabenneuverteilung im Krankenhaus und/oder des Versorgungsmanagements erfasst und entsprechend der Forschungsfragen aufgearbeitet werden.
- Zudem soll in einem weiteren Schritt eine Bewertung der Entwicklung des Personalmix erfolgen. Hierzu bedarf es eines Vorgehens, das analog zur oben dargestellten Analyse und Aufbereitung der Daten des Rechnungswesens angelegt ist und die Daten der Personalverwaltung betrifft. Diese sind ebenfalls in einem zweistufigen Prozess zunächst zu identifizieren und dann zu erfassen und auszuwerten.

Bei einer im weiteren Verlauf der Analyse notwendigen Interpretation der Daten ist zu bedenken, dass Veränderungen in der Personal- und Kostenstruktur vor/nach Einführung Aufgabenneuverteilung im Krankenhaus und/oder des Versorgungsmanagements auch von außerhalb des Modellkontextes liegenden Störgrößen, wie beispielsweise Veränderungen von Fallzahlen, Casemix oder veränderte tarifrechtliche Ursachen, verursacht werden können. Diese Störgrößen lassen sich aufgrund des vorgegebenen Forschungssettings nicht eliminieren, sind aber so weit wie möglich zu identifizieren. Folglich ist es hier von größter Bedeutung, dass die Daten Personal- und Kostenstruktur in Abstimmung mit den beteiligten Einrichtungen vor Ort ausgewertet und interpretiert werden.

3.2.3.3 VORGEHEN ÖKONOMISCHE EVALUATION

Um Veränderungen im Personalmix, in den Personal- und Sachkosten differenziert vor und nach Einführung der Aufgabenneuverteilung/des Versorgungsmanagements zu erfassen, wurden im ersten Schritt, wie geplant, Vor-Ort-Besuche durchgeführt. Ziel war es, vor dem Hintergrund der spezifischen Ausgestaltung des Rechnungswesens der vier beteiligten Krankenhäuser insbesondere die relevanten Kostenarten und -stellen sowie relevante Personalstrukturen zu identifizieren. Diese Vor-Ort-Besuche fanden in Abstimmung mit den betroffenen Einrichtungen an den folgenden Terminen statt: Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich am 16.08.2010, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier am 09.09.2010 und im Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern am 25.02.2011.

Im Rahmen der Vor-Ort Besuche erfolgte zunächst eine Vorstellung des Konzepts der ökonomischen Evaluation. Im Anschluss konnte dann mit den Vertreterinnen und Vertretern der Krankenhäuser die jeweils relevante Datenstruktur für die ökonomische Evaluation ermittelt werden. Zudem wurde das Verfahren der Datenbereitstellung für das jeweilige Krankenhaus gemeinsam festgelegt. Um einerseits eine möglichst hohe Bereitschaft zur Kooperation seitens der Krankenhäuser sicherzustellen, aber auch um eine hohe Datenqualität zu gewährleisten, wurde im Rahmen der ökonomischen Evaluation ausschließlich auf Routinedaten des betrieblichen Rechnungswesens, Controllings und des Personalwesens zurückgegriffen.

Basis der Datenbereitstellung für die ökonomische Evaluation durch die Krankenhäuser war eine einrichtungsspezifische Tabelle in Microsoft-Excel®, welche aufgrund der Absprachen für die drei Einrichtungen jeweils spezifisch für die Modellkrankenhäuser durch die wissenschaftliche Begleitung entwickelt und bereitgestellt wurde. Die nachfolgende Tabelle 12 soll die Struktur des Erhebungsinstruments exemplarisch verdeutlichen.

Tabelle 12: Erhebungsmaske (exemplarischer Ausschnitt)

Personalstruktur Interventionsbereich in VK	Jan 10	Feb 10	Mrz 10
Ärztliches Personal			
Pflegerisches Personal			
Auszubildende G-K-Pflege			
Funktionsdienst			
Servicedienst			
Med. Technischer Dienst			
Personalkosten Interventionsbereich	Jan 10	Feb 10	Mrz 10
Ärztliches Personal			
Pflegerisches Personal			
Auszubildende G-K-Pflege			
Funktionsdienst			
Servicedienst			
Med. Technischer Dienst			
Kostenstruktur Interventionsbereich	Jan 10	Feb 10	Mrz 10
Personalkosten			
Sachkosten zugeordnet 66 (ohne Fremdpersonal; zu Personalkosten)			
Sonstige Sachkosten 65, 67, 68, 69, 72			
Fallkosten Interventionsbereich (Rechnerisch Kostenstruktur / Fallzahl) ! Eigendefinition der Klinik !	Jan 10	Feb 10	Mrz 10

Quelle: Eigenerstellung. R. Wolke

Handlungsleitend bei der Datenerfassung war es, eine Grundlage für die Beobachtung von Interventionseffekten zu schaffen. Folglich wurden im Mengengerüst einrichtungsabhängig nur solche Personalmengen/-kosten und Sachkosten berücksichtigt, die eine Reaktion auf die Intervention erwarten ließen. Overheadkosten flossen beispielsweise nicht in die Betrachtung ein.

Mithilfe des zwischen Modelleinrichtungen und wissenschaftlicher Begleitung vereinbarten Vorgehens war es möglich, die Daten zur ökonomischen Evaluation in der Regel monatlich fortlaufend für den Interventionsbereich zu erfassen und zu beschreiben. Im Ergebnis kann ein Index der Entwicklung des jeweiligen Indikators im Beobachtungszeitraum, beginnend mit dem 01.01.2010, über den gesamten Beobachtungszeitraum dargestellt werden.

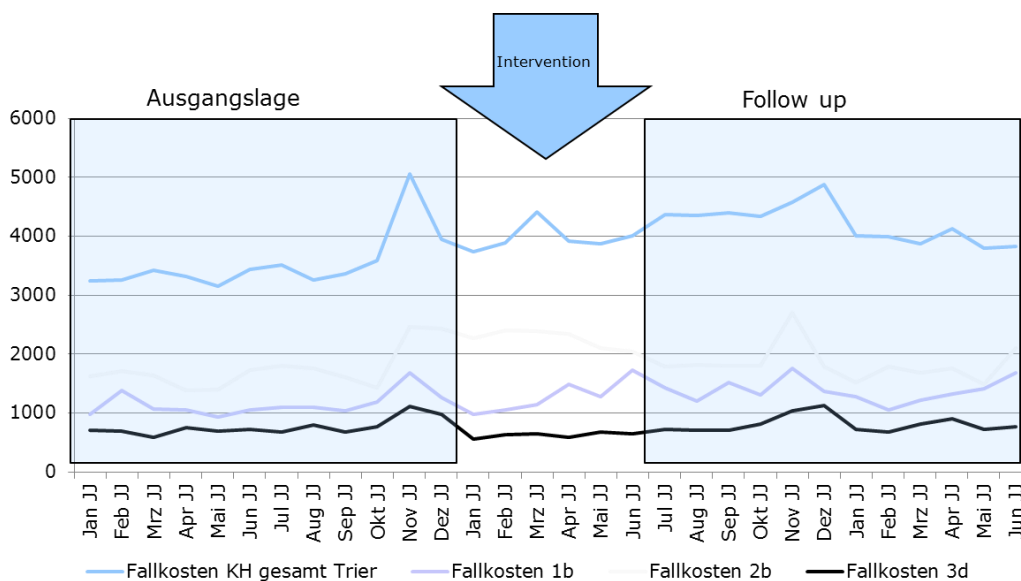
Um dem Problem zu begegnen, dass es sich bei der Untersuchung um ein Vorher-Nach-Design ohne Kontrollgruppe mit drei beteiligten Einrichtungen handelt, d.h. ein kausaler Zusammenhang nicht ableitbar ist, werden die identifizierten Kosten- und Aufwandsarten zudem ebenfalls in ihrer Entwicklung analog für das gesamte jeweilige Krankenhaus dargestellt.

Für die folgende Interpretation der Daten wurde geplant, die Entwicklungen in den Interventionsabteilungen mit den Entwicklungen des Gesamtkrankenhauses zu vergleichen.

Bei der Interpretation der Daten durch die Vertreter des jeweiligen Krankenhauses und der wissenschaftlichen Begleitung wurden neben der eigentlichen Intervention (Aufgabenneuverteilung etc.) auch weitere Entwicklungen berücksichtigt (z.B. strukturelle Veränderungen), die seitens der Krankenhäuser ebenfalls dokumentiert werden.

Die folgende Abbildung 14 verdeutlicht zusammenfassend das Vorgehen im Rahmen der Analysen zur ökonomischen Evaluation.

**Abbildung 14: Darstellung Vorgehen ökonomische Evaluation am Beispiel Fallkosten Brüderkran-
kenhaus Trier**



Quelle: Eigenerstellung R. Wolke

Deutlich wird, dass die Ausgangssituation zu Personaleinsatz, Personal- und Sachkosten, Fallkosten und weiteren Indikatoren vor der Intervention über einen Zeitraum von 12 Monaten erfasst wird und mit der Situation nach Einführung der Intervention (Follow up) verglichen wird. Dieser Entwicklung wird analog die Entwicklung im Krankenhaus gesamt (als Kontrollgruppe) gegenübergestellt. Beobachtete Abweichungen von der krankenhausesweiten Entwicklung in den Interventionseinrichtungen können, sofern keine sonstigen Erklärungen vorliegen, auf die Umsetzung der Intervention zurückgeführt werden.

Die nachfolgende Tabelle 13 gibt einen Überblick über die mit den drei Modellkrankenhäusern vereinbarten Datensätze für die ökonomische Evaluation. Die Gegenüberstellung der

einrichtungsspezifischen Datensätze macht deutlich, dass im Detail einige Unterschiede in den vereinbarten Datensätzen vorliegen, die sich durch die unterschiedliche Datenlage und unterschiedliche Informationsbedürfnisse in den einzelnen Krankenhäusern begründen.

Tabelle 13: Vereinbarte Datensätze für die ökonomische Evaluation

Datensatz Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern	Datensatz Brüderkrankenhaus Trier	Datensatz Verbundkrankenhaus Berncastel/Wittlich
Personalstruktur VK	Personalstruktur VK	Personalstruktur VK
Ärztliches Personal	Ärztliches Personal	Ärztliches Personal
Pflegerisches Personal	Pflegerisches Personal	Pflegerisches Personal
Pflegerische Hilfskräfte MFA ⁴		Pflegeunterstützendes Personal (Servicepersonal)
Pflegerische Hilfskräfte (ungelernt) ⁵		Medizinische Fachangestellte
Stationssekretariat	Reinigungsdienst	Sonstiges Personal
Auszubildende G-K-Pflege	Auszubildende G-K-Pflege	
Sonstiges		
Personalkosten	Personalkosten	Personalkosten
Ärztliches Personal	Ärztliches Personal	Ärztliches Personal
Pflegerisches Personal	Pflegerisches Personal	Pflegerisches Personal
Pflegerische Hilfskräfte MFA		
Pflegerische Hilfskräfte (ungelernt)		
Stationssekretariat ⁶	Reinigungskräfte	
Auszubildende G-K-Pflege	Auszubildende G-K-Pflege	
Sonstiges		
Kostenstruktur	Kostenstruktur	Kostenstruktur
Personalkosten	Personalkosten	Personalkosten
Sachkosten zugeordnet 66 ohne Fremdpersonal	Sachkosten zugeordnet 66	Sachkosten zugeordnet 66
Fremdpersonal		
Sonstige Sachkosten 65, 67, 68, 69, 72	Sonstige Sachkosten	
Fallkosten (Kosten/Fallzahl)	Fallkosten (Kosten/Fallzahl)	Fallkosten (Kosten/Fallzahl)
Nutzungsgrad	Nutzungsgrad	Nutzungsgrad
Fallzahl	Fallzahl	Fallzahl
Belegungstage	Belegungstage	Belegungstage
Verweildauer, durchschnittlich	Verweildauer,	Verweildauer, durchschnittlich

⁴ Personalart ‚pflegerische Hilfskräfte MFA‘ = Medizinische Fachangestellte

⁵ Personalart ‚pflegerische Hilfskräfte ungelernt‘ = beinhalten auch KrankenpflegehelferInnen. Die betriebswirtschaftliche Kategorie ‚Hilfskräfte‘ wurde in der Projektumsetzung nicht benutzt. Mitglieder dieser Gruppe wurden als ‚Assistenzkräfte‘ bezeichnet.

⁶ Personalart ‚Stationssekretariat‘ beinhalte auch ‚Stationshilfen‘

	durchschnittlich	
CaseMix Index / DRG Erlöse	CaseMix Index	CaseMix Index
Case Mix		
Pflege CMI		
Stations-CMI		
DRG Erlöse		
Erlöse		
Durchschnittliche Fallkosten		
DRG Fälle		
Über/Unterschreiten Grenzverweildauer	Über/Unterschreiten Grenzverweildauer	Über/Unterschreiten Grenzverweildauer
Ausfall (Krankheit) in %	Ausfall (Krankheit) in %	Ausfall (Krankheit) in %
Ärztliches Personal	Ärztliches Personal	Ärztliches Personal
Pflegerisches Personal	Pflegerisches Personal	Pflegerisches Personal
Pflegerische Hilfskräfte MFA	Auszubildende G-K-Pflege	Pflegeunterstützendes Personal (Servicepersonal)
Pflegerische Hilfskräfte (Ungelernt)		Medizinische Fachangestellte
Stationssekretariat		Sonstiges Personal
Auszubildende G-K-Pflege		Gesamt
Sonstiges		
Fluktuation in %	Fluktuation in %	Fluktuation in %
Ärztliches Personal		Ärztliches Personal
Pflegerisches Personal	Pflegerisches Personal	Pflegerisches Personal
Pflegerische Hilfskräfte MFA		Pflegeunterstützendes Personal (Servicepersonal)
Pflegerische Hilfskräfte (Ungelernt)		Medizinische Fachangestellte
Stationssekretariat		Sonstiges Personal
Auszubildende G-K-Pflege		
Sonstiges		
PPR	PPR	PPR
	Beschwerden	
	Anzahl Desinfektionen	

Quelle: Eigenerstellung R. Wolke

Abgegrenzt von den jeweils vereinbarten Datenstrukturen sind die Datensätze zu sehen, die die Krankenhäuser tatsächlich bereitstellen konnten. Den Stand der Datenerhebung für das Jahr 2010 in den Einrichtungen zeigt die Tabelle 14 auf.

Tabelle 14: Übersicht Daten ökonomische Evaluation 2010

Personalstruktur in VK	Westpfalzklini- kum Kaisers- lautern	Brüderkranken- haus Trier	Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich
Ärztliches Personal	x	x	x
Pflegerisches Personal	x	x	x
Weitere Personalarten	x	-	x
Personalkosten			
Ärztliches Personal	x	x	x
Pflegerisches Personal	x	x	x
Weitere Personalarten	x	-	
Kostenstruktur			
Personalkosten	x	x	x
Sachkosten zugeordnet 66 (ohne Fremdpersonal; zu Personalkosten)	x	x	x
Sonstige Sachkosten 65, 67, 68, 69, 72	x	x	
Fallkosten (rechnerisch=Kostenstruktur/Fallzahl)	x	x	x
Nutzungsgrad Mitternachtsstatistik	x	x	x
Fallzahl Mitternachtsstatistik	x	x	x
Belegungstage Mitternachtsstatistik	x	x	x
durchschnittliche Verweildauer, Mitternachtsst.	x	x	x
CaseMix Index	x	x	x
CaseMix Index Abteilungsanteil abgegrenzt inkl. Überlieger	x	x	-
Über/Unterschreiten Grenzverweildauer	x	x	-
Ausfall (Krankheit) in Prozent			
Ärztliches Personal	Durchschnitt über	-	x
Pflegerisches Personal	alle Personal-	-	x
Sonstige Personalarten	arten	-	x
Fluktuation in Prozent			
Ärztliches Personal	-	Durchschnitt über	Durchschnitt über
Pflegerisches Personal	-	alle Personal-	alle Personal-
Weitere Personalarten	-	Arten, quartalsweise	arten
Pflegeaufwand in PPR	x	x	x quartalsweise
Beschwerden		unvollständig	
Erlöse DRGs inkl. Überlieger, abge- grenzt	x	-	-
DRG Fälle inkl. Überlieger, abge- grenzt	x	-	-

Legende: x= vorliegend (Interventionsbereich und gesamtes Krankenhaus)

Quelle: Eigenerstellung R. Wolke

Deutlich wird, dass die Krankenhäuser im Wesentlichen die gemeinsam vereinbarten Daten zur ökonomischen Evaluation auch tatsächlich bereitstellen konnten, wenngleich zum Teil deutliche zeitliche Verzögerungen zu konstatieren waren. Offensichtlich wurden die erheblichen Bemühungen, die die Projektbeauftragten in den Krankenhäusern zu leisten hatten, um die Daten zusammenzutragen und der wissenschaftlichen Begleitung für die weitere Verwendung bereit zu stellen.

Das Jahr 2010 steht für die Ausgangssituation in den Krankenhäusern vor den Interventionen im Rahmen des Modellprojektes. Diese Daten markieren folglich den Ausgangsstatus in den Krankenhäusern, der dann mit dem Status nach der Intervention verglichen wird. Aufgrund der unterschiedlichen Entwicklungen in den Modellprojekten sind die folgenden Datensätze der Jahre 2011 und 2012 unterschiedlich zu interpretieren.

Für die drei Modellkrankenhäuser wurde Einzelauswertungen zu den unter 3.2.3.1 (Ziel und Forschungsfragen im Arbeitspaket „ökonomische Fragen“) formulierten Fragestellungen der ökonomischen Evaluation erstellt. Ziel war es, die ökonomischen Effekte der jeweiligen organisatorischen Interventionen zu beobachten. Hierzu werden Auswertungen erstellt, welche die Ausgangssituation vor und nach der Intervention im Vergleich von „Interventionsabteilung“ und „Krankenhaus, gesamt“ aufzuzeigen für:

- Personalmix (differenziert, insb. ärztliches und pflegerisches Personal),
- Personalkosten (differenziert, insb. ärztliches und pflegerisches Personal),
- Kostenstruktur (zugeordnete Sachkosten),
- Fallkosten (zugeordnete Personal- und Sachkosten/Fallzahl).

Die Auswertungen erfolgen einrichtungsbezogen für die Modellkrankenhäuser aus Wittlich, Kaiserslautern und Trier auf Basis der bereitgestellten Daten des Rechnungswesens, Controllings und Personalwesens.

Die einrichtungsbezogenen Darstellungen wurden den beteiligten Krankenhäusern zur Prüfung und Kommentierung vorgelegt. Für die Rückkopplung und Interpretation erfolgten weitere Vor-Ort-Besuche bei den Modellkrankenhäusern. Diese fanden im Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich am 02.08.2012, im Brüderkrankenhaus Trier am 22.10.2012 und im Westfalzklinikum Kaiserslautern am 11.03.2013 statt.

Die Ergebnisse der ökonomischen Evaluation für die Krankenhäuser in Kaiserslautern, Trier und Wittlich werden nachfolgend dargestellt. Zunächst wird die Ausgangslage vor der Intervention im Jahr 2010 und dann die beobachteten Veränderungen anhand der Forschungsfragen vergleichend beschrieben. Zuvor werden für spätere Vergleiche Eckdaten der deutschen Krankenhausstatistik dargestellt.

3.2.3.4 ECKDATEN DER KOSTEN- UND LEISTUNGSSTATISTIK DEUTSCHER KRANKENHÄUSER

Im Rahmen der ökonomischen Evaluation sollen die Entwicklungen im Personalmix (Personalstruktur), Personalkosten, der Kostenstruktur und den Fallkosten sowie in der Folge weiterer Leistungsindikatoren nachvollzogen werden. Bevor diese Entwicklungen einrichtungsbezogen dargestellt werden, sollen zentrale Begriffe zunächst definiert und deren durchschnittliche Entwicklung deutschlandweit dargestellt werden.

Im Jahr 2011 standen in insgesamt 2.045 Krankenhäusern Deutschlands rund 502 000 Betten für die stationäre Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung. Für Rheinland-Pfalz weist die Statistik 95 Krankenhäuser mit 25.375 Betten aus (Statistisches Bundesamt, 2012c).

Am Stichtag 31.12.2011 wurden in den Krankenhäusern rund 1,1 Millionen Beschäftigte (Voll- und Teilzeit) registriert. Dabei stieg bundesweit die Anzahl der „Vollkräfte im Jahresdurchschnitt“ von 2010 auf 2011 um rund 1,2 Prozent. Die Rechengröße „Vollkräfte im Jahresdurchschnitt“ wird gebildet, um dem individuellen Beschäftigungsumfang der MitarbeiterInnen Rechnung zu tragen, indem Teilzeitverhältnisse auf die volle tarifliche Arbeitszeit umgerechnet werden (Statistisches Bundesamt, 2012c). In Rheinland-Pfalz konnte ein überproportionaler Anstieg der „Vollkräfte im Jahresdurchschnitt“ für die Krankenhäuser im Jahr 2011 festgestellt werden. Hier wurde im Durchschnitt der Krankenhäuser 3,4 Prozent mehr Personal eingesetzt.

Ein Blick auf die **Personalstruktur** (Tabelle 15) offenbart, dass sich diese zugunsten des ärztlichen Personals entwickelt hat. Dessen Anteil an allen Vollkräften beträgt mittlerweile 16,5 Prozent (1991: 10,9 Prozent) aller Mitarbeitenden im Krankenhaus. Mit rund 139 000 waren 4.100 ärztliche Vollkräfte (+3,0 Prozent) mehr beschäftigt als ein Jahr zuvor.

Tabelle 15: Personalstruktur

	2011	2010	Veränderung in Prozent
Ärztliches Personal	138.955	134.847	3,00
Nichtärztliches Personal	686.699	681.411	0,80
Davon Personal im Pflegedienst	310.817	306.213	1,50
Summe ärztlicher Dienst plus Pflegedienst	449.772	441.060	
Anteil ärztlicher Dienst	30,89%	30,57%	
Anteil Pflegedienst	69,11%	69,43%	

Quelle: DKG e.V. (2012), eigene Berechnungen, R. Wolke

Aber auch die Anzahl der in der Pflege Tätigen ist gestiegen – um 1,5 Prozent binnen Jahresfrist. Vergleicht man das Verhältnis von ärztlichem Dienst zum Pflegedienst, so kann festgestellt werden, dass im Jahr 2010 rund 30,89 Prozent Mitarbeitende im ärztlichen Dienst etwa 69,11 Prozent Mitarbeitenden im Pflegedienst gegenüber standen.

In Rheinland-Pfalz kann für das Jahr 2011 ein überproportionaler Anstieg des Krankenhauspersonals registriert werden: Insgesamt wurde 3,5 Prozent mehr Personal beschäftigt, im ärztlichen Dienst 3,7 Prozent mehr, beim nichtärztlichen Personal betrug die Steigerung 3,4 Prozent.

Die **Personalkosten** in den deutschen Krankenhäusern betragen im Jahr 2010 rund 47,5 Mrd. Euro. Der ärztliche Dienst und der Pflegedienst zusammen machten einen Anteil von 61,2 Prozent an den gesamten Personalkosten aus. Allein die Personalkosten für den ärztlichen Dienst betragen im Jahr 2010 rund 13,9 Mrd. Euro während die Kosten für den Pflegedienst 15,1 Mrd. Euro aus machten (Statistisches Bundesamt 2012b).

Tabelle 16: Personalkosten

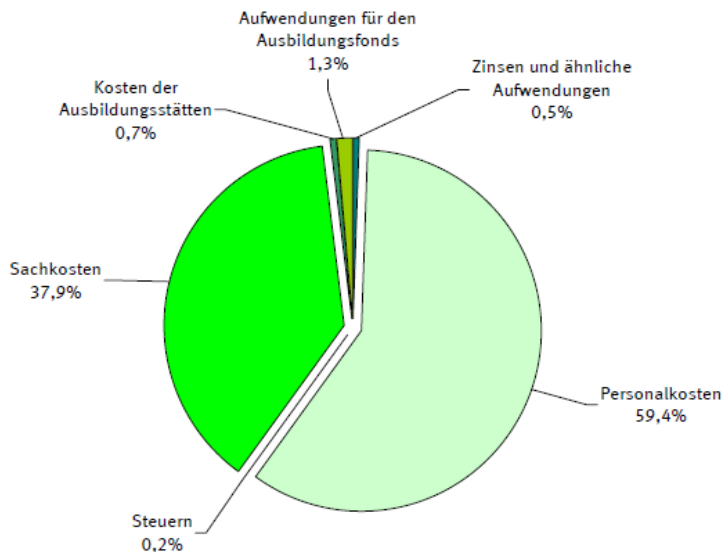
	Kosten	Anteil
Personalkosten ärztlicher Dienst	13.901.239	47,85%
Personalkosten Pflegedienst	15.150.485	52,15%
	29.051.724	

Quelle: DKG e.V. (2012), eigene Berechnungen, R. Wolke

Vergleicht man das Verhältnis der Personalkosten des ärztlichen Dienstes zu den Personalkosten des Pflegedienstes, so kann festgestellt werden, dass im Jahr 2010 rund 47,85 Prozent dieser Personalkosten für Mitarbeitende im ärztlichen Dienst und 52,15 Prozent für Mitarbeitende im Pflegedienst aufgewendet wurden (Tabelle 16).

Die **Personalkosten** hatten 2010 einen Anteil von über 60 Prozent an den Gesamtkosten der Krankenhäuser. Die Sachkosten der Krankenhäuser lagen im Jahr 2010 bei 30,3 Mrd. Euro. Knapp die Hälfte davon (14,7 Mrd. Euro) entfiel auf Kosten für den medizinischen Bedarf. Innerhalb dieser Kostenart hatten Arzneimittel mit 22,3 Prozent (3,3 Mrd. Euro) den größten Anteil (Statistisches Bundesamt, 2012b). Dies verdeutlicht Abbildung 15.

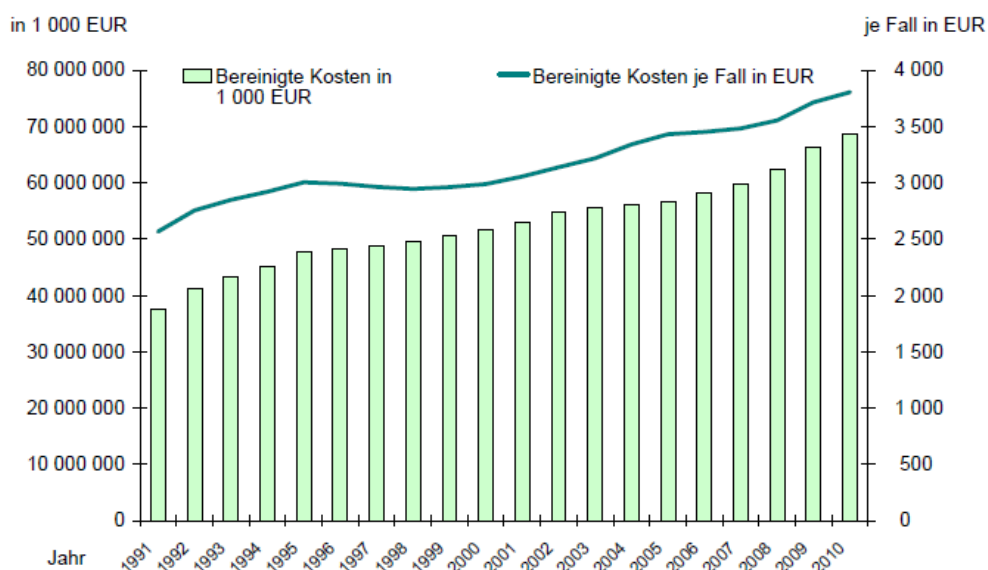
Abbildung 15: Kostenstruktur der Krankenhäuser (Bund)



(Quelle: Statistisches Bundesamt, 2012b)

Die **durchschnittlichen Fallkosten** variierten in Deutschland stark. Am niedrigsten waren sie laut Statistischem Bundesamt (2012) im Jahr 2011 in Brandenburg mit 3.570 Euro, am höchsten in Hamburg mit 4.628 Euro. Der Bundesdurchschnitt betrug 3.960 Euro, der Durchschnitt in Rheinland-Pfalz lag bei 3.807 Euro. Im Jahr 2010 betrugen die durchschnittlichen Fallkosten bundesweit noch 3.862 Euro – folglich sind die Kosten um rund vier Prozent gestiegen (Abbildung 16).

Abbildung 16: Entwicklung der Fallkosten im Krankenhaus (Bund)



(Quelle: Statistisches Bundesamt, 2012b)

Die nachfolgende Tabelle 17 gibt einen Überblick über zentrale Leistungsdaten im deutschen Krankenhauswesen.

Tabelle 17: Eckdaten der Krankenhausstatistik

	2011	2010	Veränderung in Prozent
Krankenhäuser	2.045,00	2.064,00	- 0,90
Aufgestellte Betten	502.029,00	502.749,00	- 0,10
Berechnungs-/Belegungstage	141.676.442,00	141.941.665,00	- 0,20
Fallzahl (Patienten)	18.342.989,00	18.032.903,00	1,70
Durchschnittliche Verweildauer (Tage)	7,70	7,90	- 2,50
Durchschnittliche Bettenauslastung (%)	77,30	77,40	- 0,10

(Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), 2012)

Die **Fallzahl** in den Krankenhausgrunddaten wird anhand des Zu- und Abgangs von Patientinnen und Patienten ermittelt (Statistisches Bundesamt, 2011). Wie Tabelle 17 zeigt, hat sich die Fallzahl von 2010 zu 2011 um rund 1,7 Prozent erhöht: Bundesweit stieg die Anzahl der Fälle auf 18,3 Millionen Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. Die Zahl der vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten stieg um rund 310.000. Zugleich sank die Zahl der für sie erbrachten Berechnungs- und Belegungstage um 266.000 auf 141,7 Mill. im Jahr 2011 (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), 2012). Die Zahl der **Berechnungs-/ Belegungstage** bezeichnet die Summe der an den einzelnen Tagen des Berichtsjahres um 24.00 Uhr vollstationär untergebrachten Patientinnen und Patienten (Summe der Mitternachtsbestände). Als Berechnungs-/Belegungstag zählt der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Aufenthaltes ohne den Verlegungs- oder Entlassungstag aus der stationären Einrichtung. Der **Nutzungsgrad** der Betten bzw. die Bettenauslastung gibt die durchschnittliche Auslastung der Betten in Prozent an. Hierzu wird die tatsächliche mit der maximalen Bettenbelegung in Relation gesetzt (Statistisches Bundesamt, 2011). Die Bettenauslastung sank 2011 gegenüber dem Vorjahr um 0,1 Prozentpunkte auf 77,3 % (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), 2012). Die **Verweildauer** gibt die Zahl der Tage an, die ein Patient durchschnittlich in vollstationärer Behandlung verbracht hat. Sie ergibt sich aus den Berechnungs- und Belegungstagen und der Fallzahl der jeweiligen Fachabteilung bzw. der Einrichtung (Statistisches Bundesamt, 2011). In der Folge der Umstellung des Abrechnungssystems im Krankenaus auf das Fallpauschalensystem hat sich einerseits die Verweildauer in den Krankenhäusern deutlich verkürzt, andererseits erhöhte sich Durchlauf an stationären Fällen deutlich: So ist die durchschnittliche Verweildauer von 2003 bis 2011 nochmals um über einen Tag von 8,9 Tage auf 7,7 Tage gefallen, nachdem sie zuvor im Zeitraum von 1991 bis 2003 bereits um 5,1 Tage – von 14 auf 8,9 Tage gesunken war (Statistisches Bundesamt, 2012c). Die Verweildauer sank 2011 gegenüber dem Vorjahr um 0,2 Tage respektive 2,5 Prozent auf 7,7 Tage (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), 2012). Der **Case Mix Index (CMI)**, für Fallschwere-Index im DRG-System beschreibt die durchschnittliche Schwere der behandelten Krankenhaufälle und den damit verbundenen relativen ökonomischen Ressourcenaufwand z. B. je Fachabteilung oder Krankenhaus oder Region. Der Case Mix Index ist die Summe der von den Kran-

kenhäusern abgerechneten effektiven **Bewertungsrelationen (CM)** dividiert durch die Zahl der behandelten Fälle (Statistisches Bundesamt, 2012c). In Deutschland betrug die Summe der Bewertungsrelationen im Jahr 2010 genau 18.708.468 Punkte, in Rheinland-Pfalz betrug dieser Wert 854.474 Punkte. Die durchschnittliche Fallschwere (CMI) lag deutschlandweit im Jahr 2010 bei 1,08, in Rheinland Pfalz bei 1,00 (Statistisches Bundesamt, 2012a).

3.2.3.5. AUSWERTUNGEN NACH KRANKENHAUS

3.2.3.5.1 WESTPFALZKLINIKUM KAISERSLAUTERN

3.2.3.5.1.1. BESCHREIBUNG DER INTERVENTIONSEINRICHTUNG WESTPFALZKLINIKUM KAISERSLAUTERN

Die Umsetzung des Modellprojekts Aufgabenneuverteilung erfolgt im Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern auf einer 22-Betten Station „Nephrologie und Gastroenterologie“.

Zu bemerken ist, dass die ehemalige Station 8/4 im Jahr 2010 noch eine gastroenterologische Station mit 30 Betten war und zur Medizinischen Klinik III gehörte. Auf dieser Station erfolgte im Mai 2010 eine Tätigkeitserhebung. Die Station wurde dann die „Referenzstation“ für die Konzeptentwicklung, den Personalmix und die -berechnung. Die Entscheidung für eine Projektstation wurde mit einem Stationsumzug und einer Bettenreduzierung gekoppelt. Die bisherige Station 8/4 wechselte zum 01. Januar 2011 auf die Station 8/7 und hatte fortan noch 22 rein internistische Betten (Gastroenterologie & Nephrologie der Klinik III); also eigentlich eine verkleinerte Station 8/4. Das Pflegepersonal und die Stations-AssistentInnen mussten sich neu bewerben. Ein Großteil des Personals war zwar schon auf der Station 8/4 tätig, jedoch wurde das Team incl. Ärzten ab dem 1. Januar 2011 neu aufgebaut.

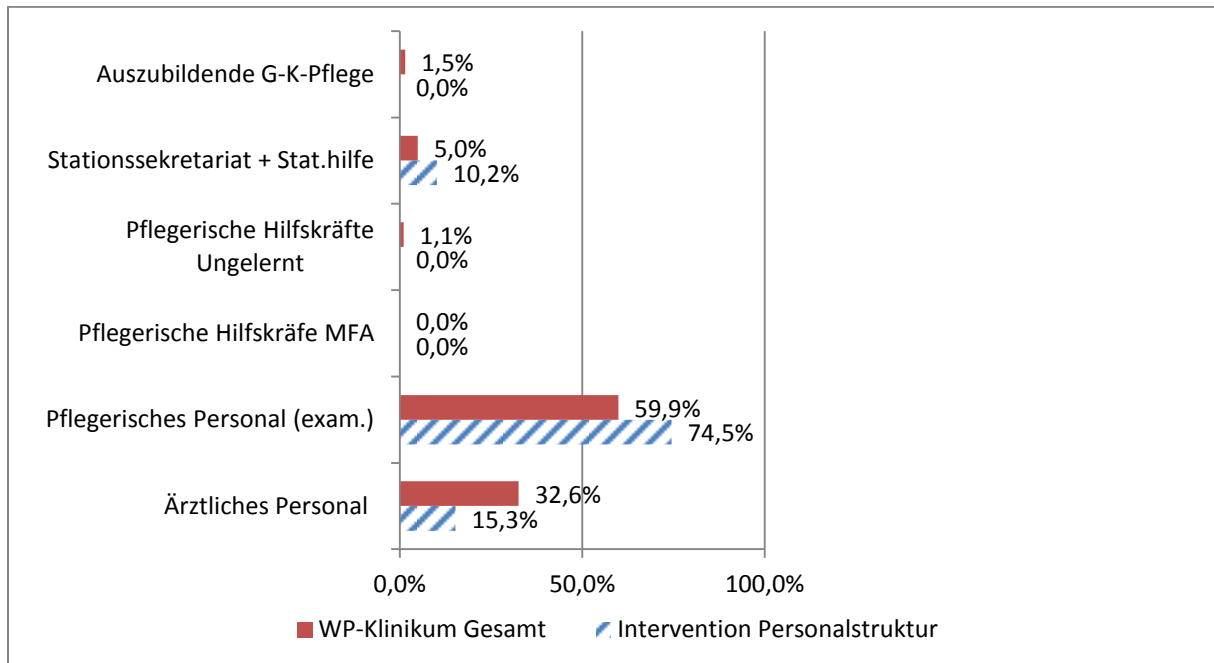
Die o.g. Verzögerungen im Projektverlauf führten dazu, dass das Jahr 2012 „Projektumsetzungsphase“ eine Periode des Überganges in die neue Organisationsform dar. Folglich kann hier ein echter Vorher-Nachher-Vergleich mit der Interventionsabteilung auf der einen Seite und dem gesamten Krankenhaus auf der anderen Seite nicht erfolgen. Gleichwohl zeigen sich schon aufgrund des Vergleichs der Situation vor der Reorganisation zu den Bedingungen im Umbruch interessante Erkenntnisse, die nachfolgend aufgezeigt werden sollen.

3.2.3.5.1.2 VERGLEICHENDE BESCHREIBUNG DER AUSGANGSSITUATION IM JAHR 2010

Im Folgenden soll die spätere Interventionsstation 8/4, die im Jahr 2010 noch eine gastroenterologische Station mit 30 Betten war und zur Medizinischen Klinik III gehörte, in ihrer Ausgangssituation vergleichend dargestellt werden. Die **Personalstruktur**analyse für das Westpfalzkrankenhaus in Kaiserslautern zeigt für das Jahr 2010 in der späteren Interventi-

onsabteilung, dass von den im Jahresdurchschnitt eingesetzten 19,59 Vollzeitstellen rund 74,5 Prozent examiniertes Pflegepersonal ausmachten, deutlich mehr als im Krankenhausdurchschnitt (59,9 Prozent) (Abbildung 17).

Abbildung 17: Personalstruktur Westpfalzlinikum Kaiserslautern, anteilig Durchschnitt pro Monat, Jahr 2010



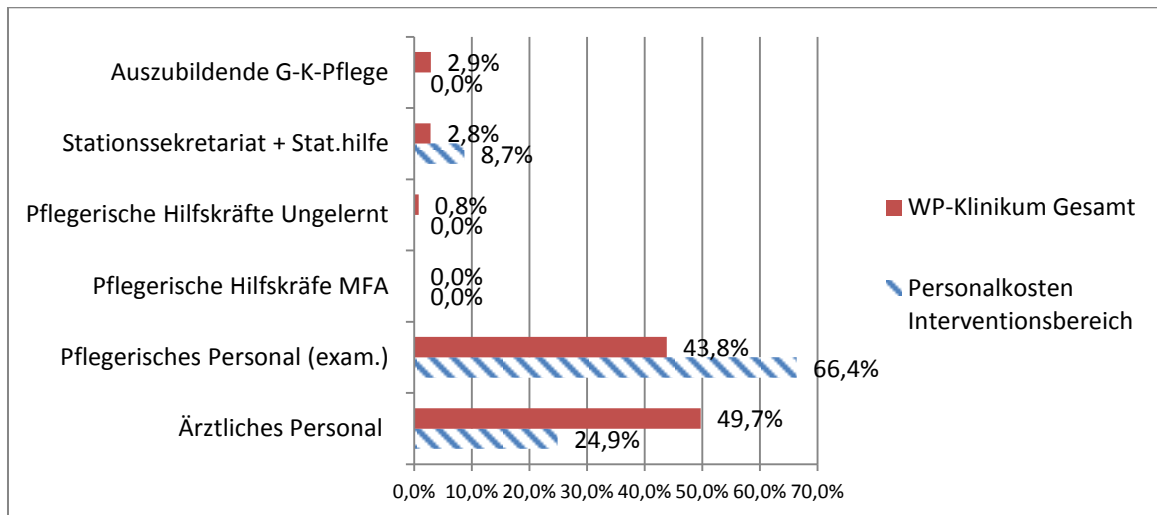
Quelle: Daten 2010 des Westpfalzkrankenhauses Kaiserslautern

Dagegen beträgt der Anteil ärztlichen Personals in der Interventionsabteilung 15,3 Prozent – gegenüber 32,6 Prozent im gesamten Krankenhaus Kaiserslautern. Zudem werden in der Interventionsabteilung überproportional Stationshilfen eingesetzt (10,2 Prozent gegenüber 5 Prozent im gesamten Westpfalzkrankenhaus). Weitere Personalarten sind von geringerer Bedeutung.

Im Jahr 2010 wurde im Interventionsbereich insgesamt 1.049.695,83 Euro an Personalkosten aufgewandt. Für die Gruppe „pflegerisches Personal“ (vollqualifiziert⁷) entstanden 66,4 Prozent der **Personalkosten** in der Interventionseinrichtung – was insgesamt für das Jahr 697.003,68 Euro und durchschnittlich 58.083,84 Euro pro Monat an Kosten bedeutet. Demgegenüber betragen die Kosten für examiniertes Pflegepersonal für das gesamte Krankenhaus im Jahresdurchschnitt 43,8 Prozent. Dagegen sind die Kosten des ärztlichen Personals im Interventionsbereich mit 24,9 Prozent im Vergleich zum gesamten Krankenhaus Kaiserslautern – diese betragen hier 49,7 Prozent – deutlich niedriger. Dies zeigt die Abbildung 18.

⁷ Gemeint sind hier Pflegefachpersonen mit einer dreijährigen erfolgreich abgeschlossenen Pflegeausbildung.

Abbildung 18: Personalkosten Westpfalzlinikum Kaiserslautern, anteilig Durchschnitt pro Monat, Jahr 2010

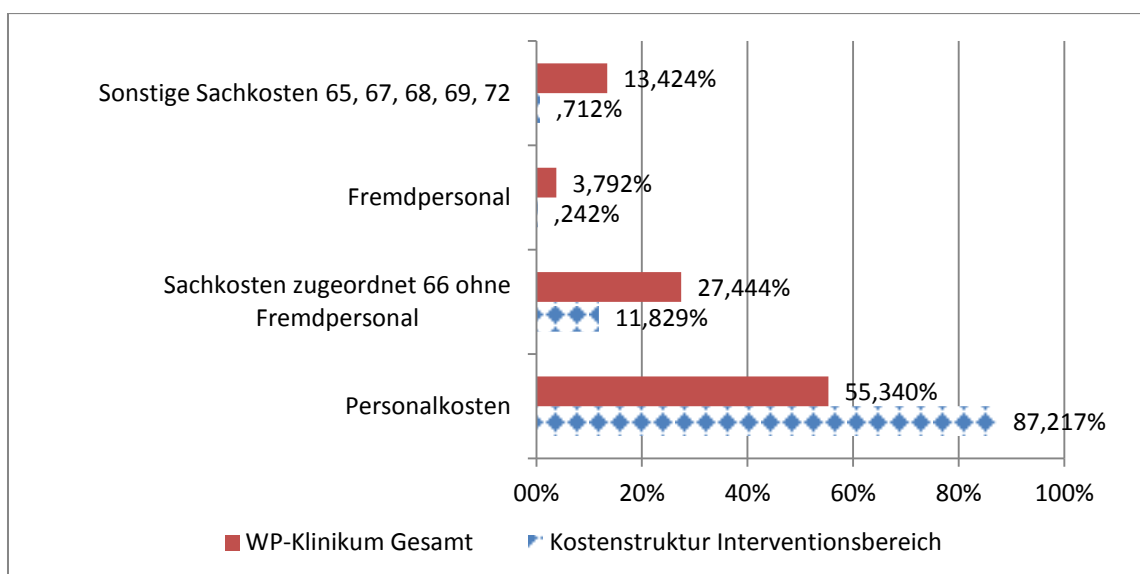


Quelle: Daten 2010 des Westpfalzkrankenhauses Kaiserslautern

Als weitere Personalkostenarten sind insbesondere noch die Kosten für „Stationssekretariat + Stationshilfen“ bemerkenswert. Diese haben im Interventionsbereich einen Anteil von 8,7 Prozent an den gesamten Personalkosten. Im gesamten Westpfalzkrankenhaus beträgt der Anteil „Stationssekretariat + Stationshilfen“ dagegen nur 2,8 Prozent der Personalkosten (Abbildung 18).

Für das Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern gilt, wie zu erwarten, dass die Personalkosten sowohl in der Interventionsabteilung (87,2 Prozent der Gesamtkosten) als auch im gesamten Krankenhaus die **Gesamtkosten** (55,3 Prozent der Gesamtkosten) die dominierende Kostenart sind (Abbildung 19).

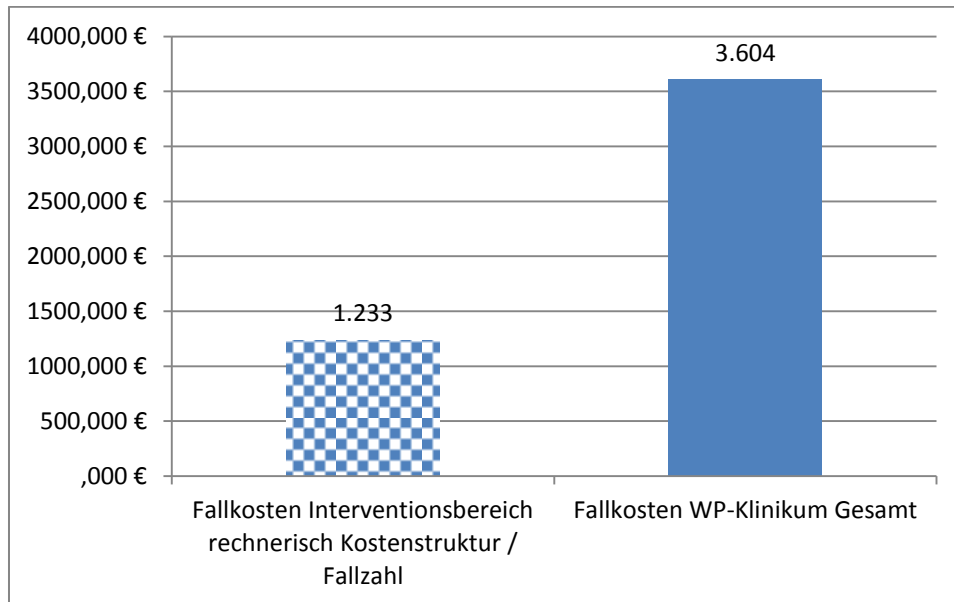
Abbildung 19: Kostenstruktur Westpfalzlinikum Kaiserslautern Durchschnitt pro Monat, Jahr 2010



Quelle: Daten 2010 des Westpfalzkrankenhauses Kaiserslautern

Die durchschnittlichen **Fallkosten** (Personalkosten plus Sachkosten (Kostenklasse 65-69; 72) betragen, wie die Abbildung 20 zeigt, in der Interventionsabteilung 1.232,62 Euro im Jahr 2010, während diese im gesamten Westpfalzkrlinikum 3.604,27 Euro betragen.

Abbildung 20: Fallkosten rechnerisch Westpfalzkrlinikum Kaiserslautern, Durchschnitt pro Monat, Jahr 2010



Quelle: Daten 2010 des Westpfalzkrlinikums Kaiserslautern

3.2.3.5.1.3 VERGLEICHENDE ANALYSE DER ENTWICKLUNG DER KOSTEN NACH DER INTERVENTION

Als nächstes werden nun die vom Westpfalzkrlinikum Kaiserslautern bereitgestellten Daten entsprechend der Forschungsfragen ausgewertet. Es erfolgt eine Gegenüberstellung der Situation vor der Intervention im Ausgangsjahr 2010 (T_0) – wobei hier berücksichtigt werden muss, dass die Interventionsstation zu diesem Zeitpunkt noch höhere Kapazitäten (30 Betten) hatte – mit der Situation am Ende der Intervention. Das Ende der Intervention ist dadurch gekennzeichnet, dass die organisatorischen Änderungen umgesetzt worden sind. Die Station hat ihre Kapazität auf 22 Betten reduziert. Für die Auswertung der Situation nach der Intervention 2010 (T_1) liegen die Daten für das Kalenderjahr 2012 vor. Der zeitliche Interventionsablauf ist damit nicht mit denen in den Krankenhäusern der Barmherzigen Brüder Trier und des Verbundkrankenhauses Bernkastel/Wittlich vergleichbar.

Auch für das Westpfalzkrlinikum Kaiserslautern werden die vorliegenden Daten vergleichend ausgewertet. Folglich werden die Daten der Interventionsabteilung „Gastroenterologie & Nephrologie“, in der die Interventionen Aufgabenneuverteilung umgesetzt wurden vor und nach der Intervention mit den gleichen Zeiträumen des gesamten Westpfalzkrlinikums

Kaiserslautern verglichen. Ebenfalls orientiert sich die Analyse an den folgenden Forschungsfragen:

1. Wie verändert sich der Personalmix und die -kosten (ärztliches, pflegerisches, pflegeunterstützendes Personal) in der Station?
2. Wie verändert sich die Kostenstruktur nach Einführung der Aufgabenneuverteilung?
3. Wie hoch sind die Fallkosten vor und nach der Einführung der Aufgabenneuverteilung?
4. Weiter soll untersucht werden, wie sich das Leistungsgeschehen entwickelt hat und ob Veränderungen hier wohlmöglich Veränderungen beim Input begründen?

Zu Frage 1.: Wie verändert sich der Personalmix und die -kosten (ärztliches, pflegerisches, pflegeunterstützendes Personal) in der Station?

Bei der vergleichenden Analyse des Personaleinsatzes ist zunächst einmal zu berücksichtigen, dass die Organisationseinheit im Projektverlauf verkleinert wurde. Um diesem Umstand zu berücksichtigen, wurden die vorliegenden Daten (Personalmenge, -kosten, etc.) des Ausgangsjahres 2010 mit dem Faktor 0,73333 multipliziert (Bettenzahl neu 22 zu Bettenzahl alt 30). Veränderungen aufgrund der Kapazitätsveränderungen werden auf diese Weise rechnerisch eliminiert.

Die zunächst durchgeführte Analyse des Personaleinsatzes macht deutlich, dass im Vergleich der Betrachtungszeiträume 2010 zu 2012 insgesamt rein quantitativ mehr Personal eingesetzt wurde.

- Für die Interventionsabteilung „Gastroenterologie & Nephrologie“ kann festgestellt werden, dass der Personaleinsatz kapazitätsbereinigt im Vergleichszeitraum um 9,79 Prozent gestiegen ist: Wurden im Jahr 2010 noch kapazitätsbereinigt 15,03 Vollzeitstellen durchschnittlich pro Monat eingesetzt, so stieg der Personaleinsatz im Jahr 2012 auf 16,51 Vollzeitstellen. Wie verhält es sich mit dem Personalmix? Hier kann gezeigt werden, dass die Personalart „ärztliches Personal“ nach der Umsetzung der Aufgabenneuverteilung deutlich zurückgegangen ist– von durchschnittlich 2,2 Stellen auf 1,73 Stellen. Folglich wurden hier 0,47 Stellen (21,4 Prozent) der Stellen im ärztlichen Dienst abgebaut. Auch examiniertes Pflegepersonal wurde im Jahr 2012 weniger eingesetzt; es sank von 10,70 auf 9,01 Vollzeitstellen (-15,78 Prozent). Demgegenüber wurden nach der Intervention zusätzlich pflegeunterstützendes Personal (Medizinische Fachangestellte - MFA) – plus 2,52 Vollzeitstellen – und mehr Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im „Stationssekretariat + Stationshilfen“ – von 1,47 auf 2,00 Vollzeitstellen (+ 36,36 Prozent) eingesetzt worden. Auszubildende wurden dagegen im Beobachtungszeitraum fast unverändert eingesetzt.

Tabelle 18: Personalstruktur im Westfalzklinikum Kaiserslautern in Vollstellen / Entwicklung in Prozent(punkten) , Durchschnitt pro Monat

Intervention Westfalzklinikum Kaiserslautern							
	VK Ärztliches Personal Interv. KL	VK Pflegerisches Personal (vollqualifiziert) Interv. KL	VK MFA Interv. KL	VK Pflegerische Hilfskräfte Ungelernt Interv. KL	VK Stationssekretariat + Stat.hilfe Interv. KL	VK Auszubildende G-K-Pflege Interv. KL	VK Interv. KL Gesamt
Interv. Kaisersl. t0 2010 Betten korr.	2,20	10,70	0,00	0,00	1,47	1,34	15,03
Interv. Kaisersl. t1 2012	1,73	9,01	2,52	0,00	2,00	1,25	16,51
Interv. Kaisersl. Differenz t0-T1	-21,40%	-15,78%	unendl.		36,36%		9,79%
WP Klinikum Kaiserslautern Gesamt							
	VK Ärztliches Personal WP Klinikum KL	VK Pflegerisches Personal (vollqualifiziert) WP Klinikum KL	VK MFA WP Klinikum KL	VK Pflegerische Hilfskräfte Ungelernt WP Klinikum KL	VK Stationssekretariat + Stat.hilfe WP Klinikum KL	VK Auszubildende G-K-Pflege WP Klinikum KL	VK WP Klinikum KL Gesamt
KH Kaisersl. Gesamt t0 2010	314,03	576,94	0,00	10,24	47,73	14,17	963,11
KH Kaisersl. Gesamt t1 2012	316,66	579,05	0,00	8,70	50,91	15,11	970,42
KH Kaisersl. Gesamt Differenz t0-t1	0,84%	0,37%		-14,99%	6,65%	6,66%	0,76%
Differenz Entwicklung Intervention zu KH Kaisersl. Gesamt in Prozentpunkten	-22,24%	-16,15%			29,71%		9,03%

Legende: Interv. = Interventionsbereich

Quelle: Daten des Westfalzklinikums Kaiserslautern 2010 (Jan.-Dez.) bis 2012 (Jan.-Dez.)

- Demgegenüber zeigen sich für das gesamte Westfalzklinikum Kaiserslautern nur geringe Verschiebungen in der Personalstruktur. Insgesamt wurden im Westfalzklinikum im Vergleich Ausgangsjahr 2010 (963,11 VK) zu Folgebeobachtung im Jahr 2012 (970,42 VK) 7,31 Vollzeitstellen mehr beschäftigt (+0,76 Prozent). Dabei wurde das ärztliche Personal um 0,84 Prozent (+2,63 VK) und das examinierte pflegerische Personal (+2,11 VK, 0,37 Prozent) etwas aufgebaut. Deutliche Steigerungen zeigen sich bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im „Stationssekretariat und Stationshilfen“ sowie bei den Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege (jeweils plus 6,7 Prozent). Abgebaut wurde dagegen pflegeunterstützendes Personal (- 1,54 VK; - 14,99 Prozent).

Aufgrund der vorliegenden Analyse kann festgestellt werden, dass kapazitätsbereinigt in der Interventionsabteilung „Gastroenterologie & Nephrologie“ mehr Personal aufgebaut wurde (+9,79 Prozent) als im Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern insgesamt (+0,76 Prozent). Allerdings kann für die Interventionsabteilung eine deutliche Verschiebung in der Personalstruktur beobachtet werden: ärztliches und examiniertes pflegerisches Personal wurde reduziert und durch zusätzliche Medizinische Fachangestellte (+2,52 VK) und mehr Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im „Stationssekretariat + Stationshilfen“ (+0,53 VK) ersetzt.

Im nächsten Schritt erfolgt die Darstellung der Personalkosten. Hier zeigt die Analyse folgendes Bild (Tabelle 19):

Tabelle 19: Personalkosten Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern in Euro / Entwicklung in Prozentpunkten), Durchschnitt pro Monat

	Intervention Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern						
	PK Ärztliches Personal Interv. KL	PK Pflegerisches Personal (vollqualifiziert) Interv. KL	PK MFA Interv. KL	PK Pflegerische Hilfskräfte Ungelernt Interv. KL	PK Stationssekretar. + Stat.hilfe Interv. KL	PK Auszubildende G-K-Pflege Interv. KL	PK Interv. KL Gesamt
Interv. Kaisersl. t0 2010 Betten korr.	15.967,23	42.594,67	-		5.586,18	840,28	64.988,36
Interv. Kaisersl. t1 2012	13.468,42	38.342,39	7.701,17		6.667,82	1.562,50	67.742,30
Interv. Kaisersl. Differenz t0-t1	-15,65%	-9,98%	unendl.		19,36%	85,95%	4,24%
	WP Krankenhaus Kaiserslautern Gesamt						
	PK Ärztliches Personal WP Krankenhaus KL	PK Pflegerisches Personal (vollqualifiziert) WP Krankenhaus KL	PK MFA WP Krankenhaus KL	PK Pflegerische Hilfskräfte Ungelernt WP Krankenhaus KL	PK Stationssekretariat + Stat.hilfe WP Krankenhaus KL	PK Auszubildende G-K-Pflege WP Krankenhaus KL	PK WP Krankenhaus KL Gesamt
KH Kaisersl. Gesamt t0 2010	2.802.866,82	2.469.183,70		42.418,89	160.503,14	161.625,79	5.636.598,35
KH Kaisersl. Gesamt t1 2012	3.020.771,21	2.614.375,18		36.946,68	172.949,92	176.858,22	6.021.901,21
KH Kaisersl. Gesamt Differenz t0-t1	7,77%	5,88%		-12,90%	7,75%	9,42%	6,84%
Differenz Entwicklung Intervention zu KH Kaisersl. Gesamt in Prozentpunkten	-23,42%	-15,86%	0,00%	12,90%	11,61%	76,53%	-2,60%

Quelle: Daten des Westpfalzkrankenhauses Kaiserslautern 2010 (Jan.-Dez.) bis 2012 (Jan.-Dez.)

- In den Interventionsabteilungen „Gastroenterologie & Nephrologie“ sind die Personalkosten im Vergleichszeitraum 2010 zu 2012 um 4,24 Prozent gestiegen. Dabei ist zu unterscheiden: Während die Personalkosten für das ärztliche Personal um 15,65 Prozent und für das examinierte pflegerische Personal um 9,98 Prozent sanken, erhöhten sich die Personalkosten für das pflegeunterstützende Personal (MFA) (neu) und „Stationssekretariat und Stationshilfen“ (+19,36 Prozent) und Auszubildende deutlich.
- Dem gegenüber kann für das gesamte Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern festgestellt werden, dass die gesamten Personalkosten im Vergleich zur Interventionsabteilung deutlich stärker stiegen sind, nämlich um 6,84 Prozent (gegenüber 4,24 Prozent in der Interventionsabteilung). Weiter kann aufgezeigt werden, dass sich die Kosten des ärztlichen und pflegerischen Dienstes vergleichbar entwickelten. Während die ärztlichen Personalkosten um 7,77 Prozent im Beobachtungszeitraum stiegen, waren dies für die examinierten Pflegekräfte 5,88 Prozent. Auch die Ausgaben für Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege und für „Stationssekretariat und Stationshilfen“ stiegen vergleichbar, wohingegen die Ausgaben für ungelernstes pflegerisches Assistenzpersonal deutlich zurückgingen.

Wie zuvor auch für die anderen Krankenhäuser beobachtet, sind die Personalkosten nicht nur insgesamt, sondern auch pro Kopf im Betrachtungszeitraum gestiegen. Krankenhausweit erhöhten sich die durchschnittlichen Personalkosten pro Kopf um 6,03 Prozent im Betrachtungszeitraum. In den Interventionsabteilungen „Gastroenterologie & Nephrologie“ sanken die durchschnittlichen Personalkosten pro Kopf/Monat dagegen um 5,06 Prozent. Die Entwicklung der pro Kopf Personalkosten ist folglich deutlich günstiger als im Krankenhausedurchschnitt. Im ärztlichen Dienst sind im gesamten Krankenhaus die durchschnittlichen Personalkosten pro Kopf von 8.925,40 Euro auf 9.539,53 Euro pro Monat respektive um 6,88 Prozent gestiegen (Tabelle 20). Dieser Anstieg der durchschnittlichen Personalkosten pro Kopf krankenshausweit im Beobachtungszeitraum liegt fast auf dem gleichen Niveau wie die Steigerung der durchschnittlichen Personalkosten pro Kopf im ärztlichen Dienst der Interventionsabteilung – diese stiegen um 7,32 Prozent. Auf leicht niedrigerem Niveau liegt die Entwicklung der durchschnittlichen Kosten pro Kopf bei den examinierten Pflegekräften (WP Gesamt: +5,49 Prozent, Intervention: +6,89 Prozent). Deutlich weniger stark stiegen die Personalkosten pro Kopf bei den Auszubildenden und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im „Stationssekretariat und Stationshilfen an. In der Interventionsabteilung sanken die Personalkosten pro Kopf für Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im „Stationssekretariat und Stationshilfen“ deutlich um 12,47 Prozent.

Tabelle 20: Durchschnittliche Personalkosten Westpfalzkllinikum Kaiserslautern pro Kopf/Monat in Euro / Entwicklung in Prozent(punkten)

Intervention Westpfalzkllinikum Kaiserslautern							
	PK Ärztliches Personal Interv. KL	PK Pflegerisches Personal (vollqualifiziert) Interv. KL	PK MFA Interv. KL	PK Pflegerische Hilfskräfte Ungeleitet Interv. KL	PK Stationssekretariat + Stationshilfe Interv. KL	PK Auszubildende G-K-Pflege Interv. KL	PK Interv. KL Gesamt
Interv. Kaisersl. t0 2010 Betten korr.	7.257,83	3.982,42	0		3.808,76	1.250,00	4.322,60
Interv. Kaisersl. t1 2012	7.788,97	4.256,76	3.056,02		3.333,91	1.250,00	4.103,96
Interv. Kaisersl. Differenz t0-t1	7,32%	6,89%	unendl.		-12,47%	0,00%	-5,06%
WP Klinikum Kaiserslautern Gesamt							
	PK Ärztliches Personal WP Klinikum KL	PK Pflegerisches Personal (vollqualifiziert) WP Klinikum KL	PK MFA WP Klinikum KL	PK Pflegerische Hilfskräfte Ungeleitet WP Klinikum KL	PK Stationssekretariat + Stationshilfe WP Klinikum KL	PK Auszubildende G-K-Pflege WP Klinikum KL	PK WP Klinikum KL Gesamt
KH Kaisersl. Gesamt t0 2010	8.925,40	4.279,81		4.143,48	3.362,67	11.409,55	5.852,53
KH Kaisersl. Gesamt t1 2012	9.539,53	4.514,97		4.245,12	3.397,39	11.705,36	6.205,44
KH Kaisersl. Gesamt Differenz t0-t1	6,88%	5,49%		2,45%	1,03%	2,59%	6,03%
Differenz Entwicklung Intervention zu KH Kaisersl. Gesamt in Prozentpunkten	0,44%	1,39%	unendl.	-2,45%	-13,50%	-2,59%	-11,09%

Quelle: Daten des Westpfalzklunikums Kaiserslautern 2010 (Jan.-Dez.) bis 2012 (Jan.-Dez.)

Insgesamt kann hier festgestellt werden, dass sich die Auswirkungen der Intervention in der Entwicklung der Personalkosten widerspiegeln. Einerseits zeigen sich Verschiebungen bei den Ausgaben für Personal in der Interventionseinrichtung weg von ärztlichem und examiniertem pflegerischen Personal hin zu unterstützenden Personalarten. Andererseits gelingt es, durch die Intervention die Steigerung der Personalkosten relativ moderat zu halten.

**Zu Frage 2.: Wie verändert sich die Kostenstruktur nach Einführung der Aufgabenneuer-
teilung?**

Weiter wird nun die Entwicklung der Kostenstruktur analysiert. Zu diesem Zweck erfolgt eine Gegenüberstellung der Entwicklung der Personalkosten auf der einen Seite und der Sachkosten auf der anderen Seite.

Für das gesamte Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern konnte im Beobachtungszeitraum eine Kostensteigerung von 4,76 Prozent beobachtet werden. Neben den Personalkosten (+6,84 Prozent), diese wurde bereits unter der ersten Forschungsfrage näher analysiert, stiegen auch die meisten Sachkosten: Die Sachkosten der Kontenklasse 66 erhöhten sich um plus 2,99 Prozent, die Kosten für Fremdpersonal stiegen um plus 5,00 Prozent. Dagegen sanken die sonstigen Sachkosten (Kontenklassen 65, 67, 68, 69, 72) im gesamten Krankenhaus leicht (-0,21 Prozent).

Tabelle 21: Kostenstruktur Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern in Euro / Entwicklung in Prozent(punkten), Durchschnitt pro Monat

Intervention Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern					
	PK Interv. KL	Sachkosten zugeordnet 66 ohne Fremdpersonal Interv. KL	Fremdpersonal Interv. KL	Sonstige Sachkosten 65, 67, 68, 69, 72 Interv. KL	Gesamtkosten Interv. KL
Interv. Kaisersl. t0 2010 Betten korr.	64.988,36	8.700,37	177,94	523,42	74.390,09
Interv. Kaisersl. t1 2012	67.742,30	6.307,83	1.087,63	349,41	75.487,17
Interv. Kaisersl. Differenz t0-t1	4,24%	-27,50%	511,23%	-33,25%	1,47%
WP Krankenhaus Kaiserslautern Gesamt					
	PK WP Krankenhaus KL	Sachkosten zugeordnet 66 ohne Fremdpersonal WP Krankenhaus KL	Fremdpersonal WP Krankenhaus KL	Sonstige Sachkosten 65, 67, 68, 69, 72 WP Krankenhaus KL	Gesamtkosten WP Krankenhaus KL
KH Kaisersl. Gesamt t0 2010	5.636.598,35	2.795.247,72	386.202,98	1.367.290,78	10.185.339,83
KH Kaisersl. Gesamt t1 2012	6.021.901,21	2.878.762,05	405.526,26	1.364.367,79	10.670.557,30
KH Kaisersl. Gesamt Differenz t0-t1	6,84%	2,99%	5,00%	-0,21%	4,76%
Differenz Entwicklung Intervention zu KH Kaisersl. Gesamt in Prozentpunkten	-2,60%	-30,49%	506,23%	-33,03%	-3,29%

Quelle: Daten des Westpfalzkrankenhauses Kaiserslautern 2010 (Jan.-Dez.) bis 2012 (Jan.-Dez.)

Dagegen haben sich die Gesamtkosten in der Interventionsabteilung „Gastroenterologie & Nephrologie“ weniger stark ausgeweitet. Diese stiegen um 1,47 Prozent – 3,29 Prozentpunkte weniger stark als im gesamten Westpfalzkrankenhaus. Neben der relativ günstigen Entwicklung bei den Personalkosten sind insbesondere auch die deutlich gesunkenen Sachkosten der Kostenklasse 66 (-27,5 Prozent) und der sonstigen Sachkosten (Kostenklassen 65, 67, 68, 69, 72; -33,25 Prozent) ursächlich für diese Entwicklung. Dagegen erhöhten sich die Kosten für Fremdpersonal deutlich, allerdings auf niedrigem Niveau.

Zu Frage 3.: Wie hoch sind die Fallkosten vor und nach der Einführung der Aufgabenneuverteilung?

Als Nächstes wird nun auf die Entwicklung der durchschnittlichen Fallkosten eingegangen. Auch für das Westpfalzkrankenhaus gilt, dass in die Fallkosten wiederum nur solche Kosten einfließen, die eine Reaktion auf die Einführung der Aufgabenneuverteilung erwarten lassen. Berücksichtigt werden die bereits analysierten Personalkosten (ärztliches Personal, pflegerisches Personal, pflegeunterstützendes Personal und Medizinische Fachangestellte) sowie direkte Sachkosten (Kostenklassen 66, 67, 68, 69, 72).

Tabelle 22: Fallkosten Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern Fallkosten in Euro / Entwicklung in Prozent(punkten), Durchschnitt pro Monat

Intervention Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern	
	Fallkosten
Interv. Kaisersl. t0 2010 kapazitätskorr.	1.246,50
Interv. Kaisersl. t1 2012	1.151,39
Interv Kaisersl. Differenz t0-t1	-7,63%
WP Krankenhaus Kaiserslautern Gesamt	
	Fallkosten
KH Kaisersl. Gesamt t0 2010	3.604,27
KH Kaisersl. Gesamt t1 2012	3.656,30
KH Kaisersl. Gesamt Differenz t0-t1	1,44%
Differenz Entwicklung Intervention zu KH Kaisersl. Gesamt in Prozentpunkten	9,07%

Quelle: Daten des Westpfalzkrankenhauses Kaiserslautern 2010 (Jan.-Dez.) bis 2012 (Jan.-Dez.)

Hinsichtlich der Fallkosten zeigt die Analyse für die „Gastroenterologie & Nephrologie“ eine deutlich günstigere Entwicklung im Beobachtungszeitraum im Vergleich zum gesamten Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern. Die durchschnittlichen Fallkosten stiegen im gesamten Westpfalzkrankenhaus von 3.604,27 Euro auf 3656,30 Euro – also um 1,44 Prozent. Dagegen kann für die Interventionsabteilung festgestellt werden, dass die durchschnittlichen Fall-

kosten von 1.246,50 Euro auf 1.151,39 Euro reduziert werden konnten. Dies ist ein Rückgang um 7,63 Prozent (Tabelle 22).

Zu Frage 4.: Wie hat sich das Leistungsgeschehen entwickelt?

Mit Fokus auf die Leistungsindikatoren soll nun untersucht werden, ob Veränderungen im Input wohlmöglich aufgrund von Leistungsverschiebungen entstanden und somit nicht im Modellkontext entstanden.

Aus der Analyse der Leistungsdaten (Tabelle 23) wird deutlich, dass die durchschnittliche Fallzahl pro Monat im Betrachtungszeitraum im gesamten Westpfalzkrinikum Kaiserslautern um 3,48 Prozent gestiegen ist. Im Jahr 2012 konnten fast 2.930 Fälle durchschnittlich im Monat versorgt werden. In der Interventionseinrichtung Gastroenterologie & Nephrologie ist die Fallzahl auf den ersten Blick deutlich gesunken – um 18,96 Prozent. Allerdings gilt zu berücksichtigen, dass die Fälle vor dem Hintergrund einer reduzierten Kapazität erbracht wurden- statt 30 standen nur noch 22 Betten zur Verfügung. Wird dieser Umstand rechnerisch berücksichtigt, stieg die relative versorgte Anzahl der Fälle in der Gastroenterologie & Nephrologie um 10,5 Prozent – deutlich stärker als in Westpfalzkrinikum insgesamt.

Der Nutzungsgrad zeigt sich sowohl im Westpfalzkrinikum Kaiserslautern insgesamt als auch in der Interventionsabteilung nahezu unverändert und liegt unter Berücksichtigung der jeweiligen Kapazitäten bei rund 81 Prozent. Ebenfalls sehr stabil zeigt sich die Anzahl der erbrachten Belegungstage. Sowohl im Krinikum insgesamt als auch in der intervenierenden Abteilung liegt die Veränderung kapazitätsbereinigt bei unter einem Prozent.

Tabelle 23: Leistungsindikatoren 1 Westpfalzlinikum Kaiserslautern, Entwicklung Durchschnitt pro Monat

Intervention Westpfalzlinikum Kaiserslautern								
	Nutzungsgrad	Fallzahl	Fallzahlkapazitätskorr.	Belegungstage	Belegungstagekapazitätskorr.	Verweildauer	Summe Bewertungsrelationen	Summe Bewertungsrelationenkapazitätskorr.
Interv. Kaisersl. t0 2010	81,21	82,83	60,74	739,92	542,61	9,05	115,13	84,43
Interv. Kaisersl. t1 2012	81,21	67,13	67,13	544,50	544,50	8,16	97,71	97,71
Interv. Kaisersl. Differenz t0-t1	0,01%	-18,96%	10,50%	-26,41%	0,35%	-9,86%	-15,13%	15,73%
WP Klinikum Kaiserslautern Gesamt								
	Nutzungsgrad	Fallzahl	Fallzahl	Belegungstage	Belegungstage	Verweildauer	Summe Bewertungsrelationen	Summe Bewertungsrelationen
KH Kaisersl. Gesamt t0 2010	81,58	2.830,96	2.830,96	21.720,75	21.720,75	7,68	3.444,47	3.444,47
KH Kaisersl. Gesamt t1 2012	81,65	2.929,46	2.929,46	21.886,33	21.886,33	7,52	3.432,49	3.432,49
KH Kaisersl. Gesamt Differenz t0-t1	0,08%	3,48%	3,48%	0,76%	0,76%	-2,15%	-0,35%	-0,35%
Differenz Entwicklung Intervention zu KH Kaisersl. Gesamt in Prozentpunkten	0,07%	22,44%	-7,02%	27,17%	0,41%	7,71%	14,78%	-16,08%

Quelle: Daten des Westpfalzkrankenhauses Kaiserslautern 2010 (Jan.-Dez.) bis 2012 (Jan.-Dez.)

Dagegen zeigt sich bei der durchschnittlichen Verweildauer ein deutlicher Unterschied in der Entwicklung. Im gesamten Westpfalzkrankenhause Kaiserslautern hat sich die durchschnittliche Verweildauer um 0,16 Tage leicht verkürzt (2,15 Prozent). In der Interventionsabteilung „Gastroenterologie & Nephrologie“ sank die durchschnittliche Verweildauer im Betrachtungszeitraum dagegen deutlich um 0,89 Tage respektive 9,86 Prozent.

Dabei konnte in der intervenierenden Abteilung „Gastroenterologie & Nephrologie“ die erbrachten Leistungen kapazitätsbereinigt deutlich erhöht werden. Die Summe der Bewertungsrelationen ist im Betrachtungszeitraum um 15,73 Prozent gestiegen, wobei die durchschnittliche Fallschwere (CMI) sich kaum verändert zeigt. Der Stations-Case-Mix-Index sank von 0,714 auf 0,706. Krankenhausweit ist in Kaiserslautern die Summe der Bewertungsrelationen leicht gesunken – und zwar um -0,35 Prozent. Die durchschnittliche Fallschwere sank im Westpfalzkrankenhaus insgesamt nur geringfügig.

Tabelle 24: Leistungsindikatoren 2 Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern / Entwicklung Durchschnitt pro Monat

Intervention Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern						
	Stations-CMI Interv. KL	Pflege CMI Interv. KL	PPR Min.	PPR Min. korr.	Überschreiten in Prozent zum DRG-Umsatz Interv. KL	Unterschreitung in Prozent zum DRG-Umsatz Interv. KL
Interv. Kaisersl. t0 2010	0,714	0,296	111682,750	81900,683	20,17%	8,51%
Interv. Kaisersl. t1 2012	0,706	0,330	82938,833	85182,792	10,08%	20,03%
Interv. Kaisersl. Differenz t0-t1	-1,13%	11,35%	-25,74%	4,01%	-50,02%	135,42%
WP Krankenhaus Kaiserslautern Gesamt						
	Stations-CMI WP Krankenhaus	Pflege CMI WP Krankenhaus	PPR Min.	PPR Min.	Überschreiten in Prozent zum DRG-Umsatz WP Krankenhaus	Unterschreitung in Prozent zum DRG-Umsatz WP Krankenhaus
KH Kaisersl. Gesamt t0 2010	0,841	0,253	3360114,083	3360114,083	10,21%	16,01%
KH Kaisersl. Gesamt t1 2012	0,831	0,253	3279380,083	3279380,083	11,00%	16,23%
KH Kaisersl. Gesamt Differenz t0-t1	-0,04%	-0,19%	-2,40%	-2,40%	7,70%	1,35%
Differenz Entwicklung Intervention zu KH Kaisersl. Gesamt in Prozentpunkten	1,08%	-11,54%	23,33%	-6,41%	57,72%	-134,07%

Quelle: Daten des Westpfalzkrankenhauses Kaiserslautern 2010 (Jan.-Dez.) bis 2012 (Jan.-Dez.)

Die Leistungsausweitung in der Interventionsabteilung kann auch für die Pflegeleistungen gemessen werden. Die errechneten PPR Minuten stiegen kapazitätsbereinigt in der Interventionsabteilung „Gastroenterologie & Nephrologie“ um 4,01 Prozent. Die Entwicklung des Pflege CMI unterstreicht den höheren durchschnittlichen Pflegeaufwand; dieser stieg um 11,35 Prozent im Beobachtungszeitraum. Krankenhausweit ist dagegen ein Rückgang der errechneten PPR Minuten zu beobachten – um minus 2,4 Prozent. Auch der Pflege CMI sank im gesamten Westpfalzkrankenhaus, wenn auch nur leicht.

Ebenfalls sehr günstig zeigt sich die Entwicklung der Über- und Unterschreitungen der Verweildauer in der Interventionseinrichtung, die eine bessere Fallkoordination andeuten.

Für die Interventionsabteilung „Gastroenterologie & Nephrologie“ kann kapazitätsbereinigt eine deutliche Ausweitung der Leistungen konstatiert werden. Diese würde einen zusätzlichen Einsatz von Personal und Sachmitteln begründen. Allerdings konnte bereits anhand der Forschungsfragen 1 und 2 festgestellt werden, dass eine solche Ausweitungen des Personaleinsatzes und von Sachmitteln nicht bzw. nur selektiv stattfand.

3.2.3.5.1.4 FAZIT WESTPFALZKLINIKUM KAISERSLAUTERN

Bezüglich des Personaleinsatzes kann für das Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern festgestellt werden, dass rein quantitativ eine stärkere Ausweitung des Personaleinsatzes für die Interventionsabteilung „Gastroenterologie & Nephrologie“ (+9,79 Prozent) stattgefunden hat als für das Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern insgesamt (+0,76 Prozent). Allerdings ist für die Interventionsabteilung eine deutliche Verschiebung in der Personalstruktur festzustellen. Nach Umsetzung der organisatorischen Veränderungen standen in der Interventionsabteilung „Gastroenterologie & Nephrologie“ weniger ärztliche und examinierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verfügung, pflegeunterstützendes Personal wurde dagegen aufgebaut. Die Personalart „ärztliches Personal“ ist nach der Umsetzung der Aufgabenneuverteilung um 21,4 Prozent, die Personalart „vollqualifiziertes Pflegepersonal“ um 15,78 Prozent zurückgegangen. Dagegen wurde die Personalart „Medizinische Fachangestellte“ neu und „Stationssekretariat + Stationshilfen“ deutlich ausgebaut. Diese Verschiebung der Stellenanteile in der Personalstruktur spiegelt die Intention der Intervention wieder.

Bei den Personalkosten zeigt sich in der Interventionseinrichtung eine vergleichsweise moderate Entwicklung: Die Personalkosten stiegen zwar auch in der Interventionsabteilung (+4,24 Prozent) im Beobachtungszeitraum, aber weniger stark als im Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern insgesamt (+6,84 Prozent). Ursächlich für diese Entwicklung ist, dass in der Interventionsabteilung „Gastroenterologie & Nephrologie“ zwar mehr, aber deutlich niedriger vergütetes pflegeunterstützendes Personal eingesetzt wurde. Damit konnten auch deutlich steigende durchschnittliche Personalkosten pro Kopf im ärztlichen und pflegerischen Dienst partiell aufgefangen werden. Erwartete Kaskadeneffekte in der Personalstruktur und in den

Personalkosten lassen sich folglich für die Interventionsabteilung „Gastroenterologie & Nephrologie“ aufgrund der Intervention im Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern beobachten.

Eine relativ günstigere Entwicklung zeigt sich auch bei den Sachkosten in der Interventionseinrichtung „Gastroenterologie & Nephrologie“, diese sanken im Beobachtungszeitraum zwischen 27,5 Prozent (Kontenklasse 66) und 33,25 Prozent (Kontenklassen 65-69, 72), wohingegen die Sachkosten im gesamten Krankenhaus Kaiserslautern sich kaum veränderten (+2,99 Prozent Kontenklasse 66; -0,21 Prozent Kontenklassen 65-69, 72).

Folglich kann auch bei der Entwicklung der Fallkosten für die Interventionseinrichtung „Gastroenterologie & Nephrologie“ eine vergleichsweise günstige Entwicklung beobachtet werden. Hier sind die durchschnittlichen Fallkosten im Betrachtungszeitraum um 7,63 Prozent gesunken, während diese im gesamten Krankenhaus um 1,44 Prozent stiegen. Wie schon oben ausgeführt sind die Ursachen für die günstige Entwicklung der durchschnittlichen Fallkosten in der Interventionseinrichtung „Gastroenterologie & Nephrologie“ vielfältig: Neben der relativ günstigen Entwicklung bei den Personal- und Sachkosten kann auch eine relative Leistungsausweitung beobachtet werden. Diese spiegelt sich unter anderem in kapazitätsbereinigt höherer Fallzahl sowie der gestiegenen Summe der Bewertungsrelationen und den rechnerischen PPR-Minuten wider. Außerdem wurde die durchschnittliche Verweildauer deutlich gesenkt und die Fallkoordination – interpretiert anhand der Entwicklung der Über-/Unterschreitungen der Verweildauer – verbessert.

Wegen der kapazitätsbereinigt gestiegenen Summe der Bewertungsrelationen auf der einen Seite sowie dem moderat gestiegenen Personaleinsatz auf der anderen Seite kann für die Interventionseinrichtung „Gastroenterologie & Nephrologie“ eine verbesserte Produktivität ermittelt werden.

Wird die Entwicklung des Quotienten aus Summe der Bewertungsrelationen zu Personalmenge berechnet, zeigt sich, dass die Produktivität in der Interventionseinrichtung im Vergleich zum gesamten Krankenhaus auf einem hohen Niveau liegt. In der Interventionseinrichtung „Gastroenterologie & Nephrologie“ verbessert sich die Produktivität im Beobachtungszeitraum nochmals um 5,41 Prozent. Dagegen verliert das gesamte Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern bei einer Interpretation dieses Quotienten etwa 1,1 Prozent an Produktivität im Beobachtungszeitraum. Die günstige Entwicklung der Produktivität in der Interventionseinrichtung „Gastroenterologie & Nephrologie“ kann auch beobachtet werden, wenn statt der Personalmenge die Personalkosten ins Verhältnis zur Summe der Bewertungsrelationen gesetzt werden. Hier zeigt sich aufgrund der günstigen Entwicklung der Personalkosten bei gleichzeitig gesteigener Summe der Bewertungsrelationen in der Interventionsabteilung eine deutlich verbesserte Produktivität (11,2 Prozent); dagegen hat sich dieser Indikator für das gesamte Westpfalzkrankenhaus verschlechtert (-6,72 Prozent).

Tabelle 25: Analyse Wirtschaftlichkeit Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern - Produktivität Durchschnitt pro Monat

Intervention Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern				
	Bewertungsrelation (korr.) pro VK	Bewertungsrelation (korr.) zu Personalkosten	PPR Min. (korr.) pro VK Pflege	PPR Min. (korr.) zu Personalkosten
Interv. Kaisersl. t0 2010	5,62	0,00130	6381,263689	0,598543605
Interv. Kaisersl. t1 2012	5,92	0,00144	5764,389919	0,637146088
Interv. Kaisersl. Differenz t0-t1	5,41%	11,02%	-9,67%	6,45%
WP Krankenhaus Kaiserslautern Gesamt				
	Bewertungsrelation (korr.) pro VK	Bewertungsrelation (korr.) zu Personalkosten	PPR Min.(korr.) pro VK Pflege	PPR Min.(korr.) zu Personalkosten
KH Kaisersl. Gesamt t0 2010	3,576	0,000611	5176,793168	0,843343844
KH Kaisersl. Gesamt t1 2012	3,537	0,000570	5016,145073	0,915151622
KH Kaisersl. Gesamt Differenz t0-t1	-1,10%	-6,72%	-3,10%	8,51%
Differenz Entwicklung Versorgungsmanagement zu WP Kaiserslautern in Prozentpunkten	6,51%	17,75%	-6,56%	-2,07%

Quelle: Daten des Westpfalzkrankenhauses Kaiserslautern 2010 (Jan.-Dez.) bis 2012 (Jan.-Dez.)

Blickt man nur auf die Pflege, kann festgestellt werden, dass in der Interventionsabteilung weniger PPR-Minuten pro Pflegekraft geleistet wurden (-9,67 Prozent). Folglich ist der neue Personalmix in der Pflege an diesem Indikator gemessen weniger produktiv als vor der Intervention. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass seitens der Pflege ärztliche Tätigkeiten übernommen wurden, die über die PPR Minuten abgebildet werden. Berücksichtigt man dann die Entwicklung der Personalkosten statt der Personalmenge bei der Interpretation der Entwicklung der PPR Minuten, dann stellt sich eine günstigere Entwicklung dar. Die pro Euro Personalkosten erbrachten PPR Minuten haben sich in der Interventionsabteilung um 6,45 Prozent erhöht. Allerdings liegt die Entwicklung der Produktivität in der Pflege in der Interventionsabteilung hinter der gesamten Westpfalzkrankenhaus zurück. Hier scheint sich ebenfalls zu spiegeln, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Pflege zuvor ärztliche Leistungen übernommen haben.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich die Folgen der Intervention in der Interventionsabteilung „Gastroenterologie & Nephrologie“ gerade auch im Vergleich zum Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern insgesamt deutlich zeigen. So wurde der Personalmix entsprechend dem Interventionskonzept angepasst. Der Einrichtung ist es gelungen, vor dem Hintergrund

steigender Personalkosten pro Kopf, aber auch steigender Leistungen, mit der Intervention die Produktivität der Interventionsabteilung „Gastroenterologie & Nephrologie“ zu verbessern. Auch konnte die durchschnittliche Verweildauer verkürzt und die durchschnittlichen Fallkosten gegen den Krankenhaustrend gesenkt werden.

Dagegen zeigt sich eine ungünstige Entwicklung beim Personalausfall. Dies macht Tabelle 26 abschließend deutlich. Die Daten zum Personalausfall konnten vom Krankenhaus nur fraktal und aggregiert bereitgestellt werden. Für die Interventionsabteilung „Gastroenterologie & Nephrologie“ liegen nur zusammengefasste Daten für das Gesamtjahr 2010 – hier betrug der Ausfall im pflegerischen Dienst 15,53 Prozent – und für das Gesamtjahr 2012 – der Ausfall im pflegerischen Dienst lag hier bei 18,23 Prozent – vor. Die Steigerung des Ausfalls beträgt 17,39 Prozent und liegt deutlich ungünstiger als im gesamten Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern.

Tabelle 26: Personalausfall Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern in Prozent, Durchschnitt

	Intervention WP Kaiserslautern	
	Ausfall Ärztliches Personal Interv. KL	Ausfall Pflegerisches Personal Interv. KL
Interv. Kaisersl. t0 2010	k.A.	15,53%
Interv. Kaisersl. t1 2012	k.A.	18,23%
Interv. Kaisersl. Differenz t0-t1		17,39%
	WP Klinikum Gesamt	
	Ausfall Ärztliches Personal WP Klinikum KL	Ausfall Pflegerisches Personal WP Klinikum KL
KH Kaisersl. Gesamt t0 2010	14,80%	15,50%
KH Kaisersl. Gesamt t1 2012	15,28%	15,19%
KH Kaisersl. Gesamt Differenz t0-t1	3,24%	-2,00%
Differenz Entwicklung Intervention zu KH Kaisersl. Gesamt in Prozentpunkten		-19,39%

Quelle: Daten des Westpfalzkrankenhauses Kaiserslautern 2010 (Jan.-Dez.) bis 2012 (Jan.-Dez.)

Im Nachgang zum Vor-Ort-Besuch zur Interpretation der Daten wurden die Ausfallzeiten nochmals durch das Westpfalzkrankenhaus analysiert. Festgestellt wurde, dass die Ausfallzeiten zwischen 0 bis 44 Tagen liegen. Überproportional hohe Ausfallzeiten konnten für die Gruppe der StationsassistentInnen beobachtet werden. Die hohe Ausfallquote wird auch auf qualitative und quantitative Arbeitsbelastungen zurückgeführt.

Diese Entwicklung wäre seitens des Krankenhauses weiter zu beobachten und zu analysieren. Zur Fluktuation konnten vom Westpfalzkrankenhaus keine Daten bereitgestellt werden.

Für das Modellprojekt Aufgabenneuverteilung in der der Interventionsabteilung „Gastroenterologie & Nephrologie“ des Westpfalzkrankenhauses Kaiserslautern kann somit abschließend

festgestellt werden, dass positive Effekte bei der Entwicklung des Personalmixes, der Personalkosten und den Sachkosten sowie bei den durchschnittlichen Fallkosten beobachtet werden konnten. Auch Leistungsdaten, wie die Entwicklung der kapazitätskorrigierten Fallzahlen, der durchschnittlichen Verweildauer, der Summe der Bewertungsrelationen und der PPR Minuten zeigen eine günstige Entwicklung für die Interventionsabteilung. Durch die Intervention in der Interventionsabteilung „Gastroenterologie & Nephrologie“ konnte die Produktivität der Station verbessert werden.

Zu bemerken ist allerdings, dass das vorliegende Konzept hinsichtlich der Übertragbarkeit auf andere Einrichtungsteile geprüft werden muss. Insbesondere ist zu berücksichtigen, dass mit der Reorganisation der Aufgaben eine Verkleinerung der Abteilung einherging. Dieses Vorgehen wird nur sehr eingeschränkt zu Produktivitätssteigerungen führen, da Skaleneffekte – also wirtschaftliche Vorteile aufgrund von großen Einheiten nicht genutzt werden.

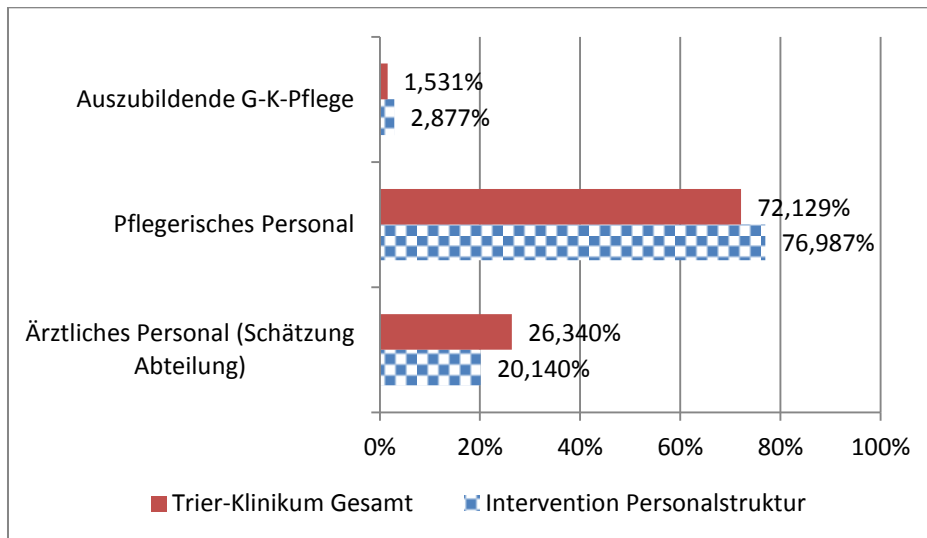
3.2.3.5.2 KRANKENHAUS DER BARMHERZIGEN BRÜDER TRIER

3.2.3.5.2.1 VERGLEICHENDE BESCHREIBUNG DER AUSGANGSSITUATION IM JAHR 2010

Für das Brüderkrankenhaus Trier soll zunächst auf die **Personalstruktur** eingegangen werden, so wie sich diese in der Ausgangslage im Jahr 2010 darstellte. Basis der Auswertungen sind die von der Einrichtung bereitgestellten Daten. Hier ist in Bezug auf den Personaleinsatz zu bemerken, dass der pflegerische Personaleinsatz den Interventionseinrichtungen durch das Rechnungswesen direkt zugerechnet werden kann, das ärztliche Personal aber durch Befragung dieser Gruppe zugerechnet wird.

In den Interventionsabteilungen „1 b Zentrum für Gefäßchirurgie“, „2b Med. II Nephrologie“ und „3d Urologie“ waren im Jahresdurchschnitt 2010 insgesamt 72,99 Vollzeitkräfte beschäftigt. 72,1 Prozent dieses Personals umfasst die Gruppe „pflegerisches Personal“ – gegenüber 77,0 Prozent für das gesamte Krankenhaus. Dagegen ist das ärztliche Personal mit 20,1 Prozent, wie dies die Abbildung 21 verdeutlicht, im Vergleich zum gesamten Brüderkrankenhaus Krankenhaus Trier (26,3) Prozent eher unterrepräsentiert. Die Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege umfassen in den Interventionsbereichen 2,9 Prozent gegenüber 1,5 Prozent im Klinikdurchschnitt. Weitere Personalarten wurden seitens des Krankenhauses nicht für diese vergleichende Gegenüberstellung gemeldet.

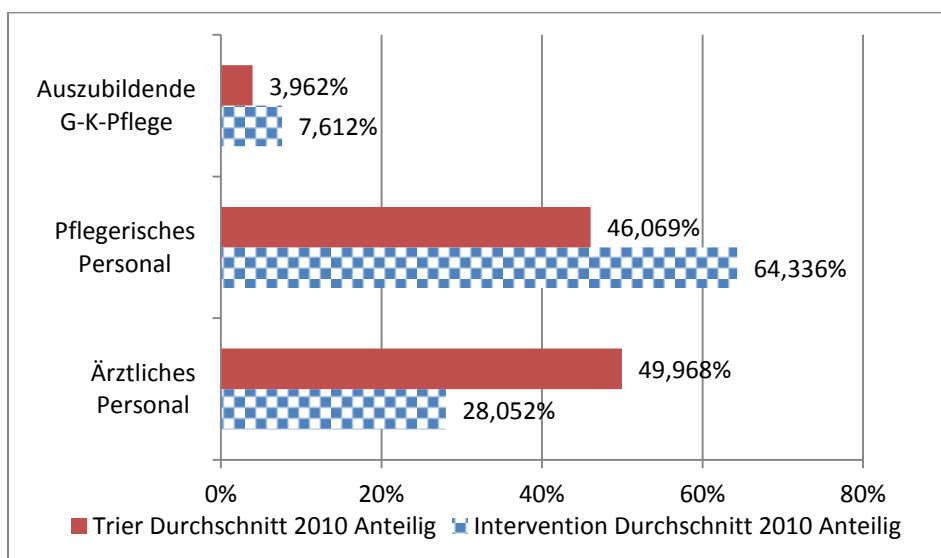
Abbildung 21: Personalstruktur Brüderkrankenhaus Trier, anteilig Durchschnitt pro Monat, Jahr 2010



Quelle: Daten 2010 des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Trier

Für das Brüderkrankenhaus Trier kann festgestellt werden, dass für die Gruppe „pflegerisches Personal“ im Interventionsbereich im Zeitraum 2010 durchschnittliche **Personalkosten** in Höhe von 198.802,60 Euro pro Monat respektive rund 64,3 Prozent der Personalkosten – gegenüber 46,1 Prozent Pflegepersonalkostenanteil an den gesamten Personalkosten für das gesamte Krankenhaus zu verzeichnen sind. Auch der Aufwand für Auszubildende in der Pflege ist mit 7,6 Prozent der Personalkosten im Interventionsbereich höher als im Krankenhausdurchschnitt (4 Prozent). Folglich sind die Kosten des ärztlichen Personals im gesamten Krankenhaus mit 50 Prozent höher als in den Interventionsabteilungen „1 b Zentrum für Gefäßchirurgie“, „2b Med. II Nephrologie“ und „3d Urologie“ mit 28,1 Prozent (Abbildung 22).

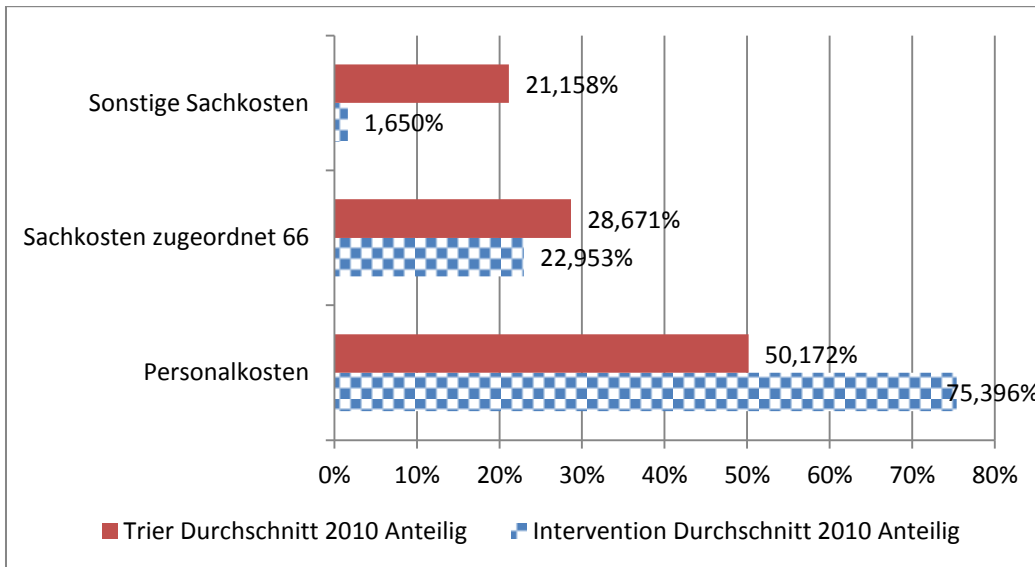
Abbildung 22: Personalkosten Brüderkrankenhaus Trier, anteilig Durchschnitt pro Monat, Jahr 2010



Quelle: Daten 2010 des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Trier

Mit Blick auf die **Kostenstruktur** kann festgestellt werden, dass die Personalkosten im Interventionsbereich mit 75,4 Prozent der durchschnittlichen Gesamtkosten stärker dominieren als im Krankenhausdurchschnitt (50,2 Prozent der Gesamtkosten). Wie die Abbildung 23 aufzeigt, sind dagegen die Sachkosten im Interventionsbereich niedriger (23 Prozent zugeordnet 66 sowie 1,7 Prozent sonstige Sachkosten) als im Krankenhausdurchschnitt niedriger (28,7 Prozent zugeordnet 66 sowie 21,2 Prozent sonstige Sachkosten).

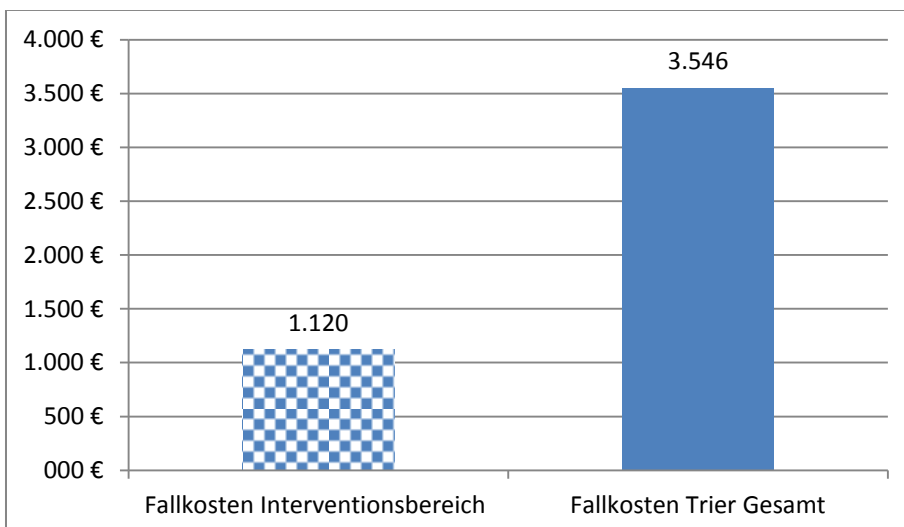
Abbildung 23: Kostenstruktur Brüderkrankenhaus Trier Durchschnitt pro Monat, Jahr 2010



Quelle: Daten 2010 des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Trier

Die durchschnittlichen **Fallkosten** (Personalkosten plus Sachkosten (Kostenklasse 66 plus sonstige Sachkosten) betragen, wie die Abbildung 24 zeigt, in der Interventionsabteilung 1.119,63 Euro im Jahr 2010, während diese im gesamten Krankenhaus 3.546,39 Euro betragen.

Abbildung 24: Fallkosten Brüderkrankenhaus Trier Durchschnitt pro Monat, Jahr 2010



Quelle: Daten 2010 des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Trier

3.2.3.5.2.2 VERGLEICHENDE ANALYSE DER ENTWICKLUNG DER KOSTEN NACH DER INTERVENTION

Als nächstes sollen die vom Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier vorgelegten Daten vor und nach der Intervention gegenübergestellt werden. Als Zeitraum vor der Intervention (T0) wird das Jahr 2010 ausgewiesen. Der Implementierungszeitraum umfasst das erste Halbjahr 2011. Der Routinebetrieb begann mit dem 01.07.2011. Für die Auswertung des Routinebetriebs liegen die Daten für das 2. Halbjahr 2011 und das erste Halbjahr 2012 vor – folglich für einen Zeitraum von 12 Monaten. Die Daten wurden vergleichend ausgewertet. Dabei wird unterschieden nach Projekt Versorgungsmanagement (Abteilungen 1b, 2b), Projekt Aufgabenneuverteilung (Abteilung 3d) und Brüderkrankenhaus Trier gesamt. Untersucht werden die folgenden Fragen:

1. Wie veränderte sich der Personalmix und -kosten (ärztliches, pflegerisches, pflege unterstützendes Personal) in den Stationen/Abteilungen?
2. Wie veränderte sich die Kostenstruktur nach Einführung der Aufgabenneuverteilung sowie des Versorgungsmanagements und der bezugsorientierten Patientenversorgung?
3. Wie hoch sind die Fallkosten vor und nach der Einführung der Aufgabenneuverteilung sowie des Versorgungsmanagements und der bezugsorientierten Patientenversorgung?
4. Weiter soll untersucht werden, wie sich das Leistungsgeschehen entwickelt hat und ob Veränderungen hier wohlmöglich Veränderungen beim Input begründen?

Zu Frage 1.: Wie verändert sich der Personalmix und -kosten (ärztliches, pflegerisches, pflege unterstützendes Personal) in den Stationen/Abteilungen?

Hier zeigt die Analyse der Personalsituation, dass im Vergleich der Betrachtungszeiträume 2010 zu 2011/12 insgesamt mehr Personal eingesetzt wurde.

- In den Interventionsabteilungen Versorgungsmanagement (1b/2b) ist insgesamt der Personaleinsatz im Vergleichszeitraum um 7,99 Prozent gestiegen. Die Personalart „ärztliches Personal“ (+8,6 Prozent) und „pflegerisches Personal“ (+7,51 Prozent) haben sich ähnlich entwickelt.
- In den Interventionsabteilungen Aufgabenneuverteilung (3d) ist der Personaleinsatz im Vergleichszeitraum ebenfalls deutlich, um 6,8 Prozent gestiegen. Die Personalart „ärztliches Personal“ ist dabei deutlich stärker (+69,32 Prozent) gestiegen als das „pflegerische Personal“ (+0,99 Prozent).
- Auch für das gesamte Brüderkrankenhaus Trier wurde insgesamt mehr Personal eingesetzt. Im Vergleichszeitraum stieg der Personaleinsatz um 7,80 Prozent, also auf ähnlichem Niveau wie schon bei den Interventionsabteilungen beobachtet.

- Die Personalart „ärztliches Personal“ (+7,14 Prozent) und „pflegerisches Personal“ (+8,2 Prozent) haben sich ähnlich entwickelt.

Tabelle 27: Personalstruktur Brüderkrankenhaus Trier in Vollstellen / Entwicklung in Prozent (punkten), Durchschnitt pro Monat

Intervention 1b/2b Versorgungsmanagement				
	Ärztliches Personal 1b/2b	Pflegerisches Personal 1b/2b	Auszubildende G-K-Pflege 1b/2b	Personal Gesamt 1b/2b
Interv. VM 1b/2b t0 2010	12,50	35,77	1,37	49,64
Interv. VM 1b/2b t1 2012	13,58	38,45	1,58	53,61
Interv. VM 1b/2b Differenz t0-t1	8,60%	7,51%	14,99%	7,99%
Intervention 3d Aufgabenneubeschreibung				
	Ärztliches Personal 3d	Pflegerisches Personal 3d	Auszubildende G-K-Pflege 3d	Personal Gesamt 3d
Interv. AN 3d t0 2010	2,20	20,43	0,73	23,35
Interv. AN 3d t1 2012	3,73	20,63	0,59	24,94
Interv. AN 3d Differenz t0-t1	69,32%	0,99%	-19,04%	6,80%
KH Trier Gesamt				
	Ärztliches Personal KH Trier Gesamt	Pflegerisches Personal KH Trier Gesamt	Auszubildende G-K-Pflege KH Trier Gesamt	Alle Personalarten / KH Trier Gesamt r
KH Trier Gesamt t0 2010	240,59	658,83	13,98	913,41
KH Trier Gesamt t1 2012	257,78	712,83	14,06	984,67
KH Trier Gesamt Differenz t0-t1	7,14%	8,20%	0,54%	7,80%
Differenz Entwicklung Versorgungsmanagement zu KH Trier in Prozentpunkten	-1,46%	0,69%	-14,45%	-0,19%
Differenz Entwicklung Aufgabenneuverteilung zu KH Trier in Prozentpunkten	-62,17%	7,21%	19,57%	1,00%

Quelle: Daten des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Trier 2010 (Jan.-Dez.) bis 2012 (Jul. 2011-Jun. 2012)

Es kann festgestellt werden, dass sowohl für das Brüderkrankenhaus Trier insgesamt, als auch für die Interventionsabteilungen eine vergleichbare Ausweitung des Personaleinsatzes stattgefunden hat. Dabei hat sich die Personalstruktur – das Verhältnis von ärztlichem zu pflegerischem Personal nur in der Interventionsabteilung 3d – Projekt Aufgabenneuverteilung - zugunsten von relativ mehr ärztlichem Personal verschoben.

Seitens der Einrichtungen wurden Berechnungen zur Ermittlung der Kaskadeneffekte durchgeführt vor. Mit dem Begriff wird die Verringerung ärztlichen Personals zugunsten pflegerischen Personals (Personalmenge und -kosten) als Folge der Aufgabenreorganisation umschrieben. Im Rahmen der Interpretation der Daten zu Personalmenge und -kosten gemeinsam mit den Vertreterinnen und Vertretern der Einrichtung wurden die Gründe analysiert,

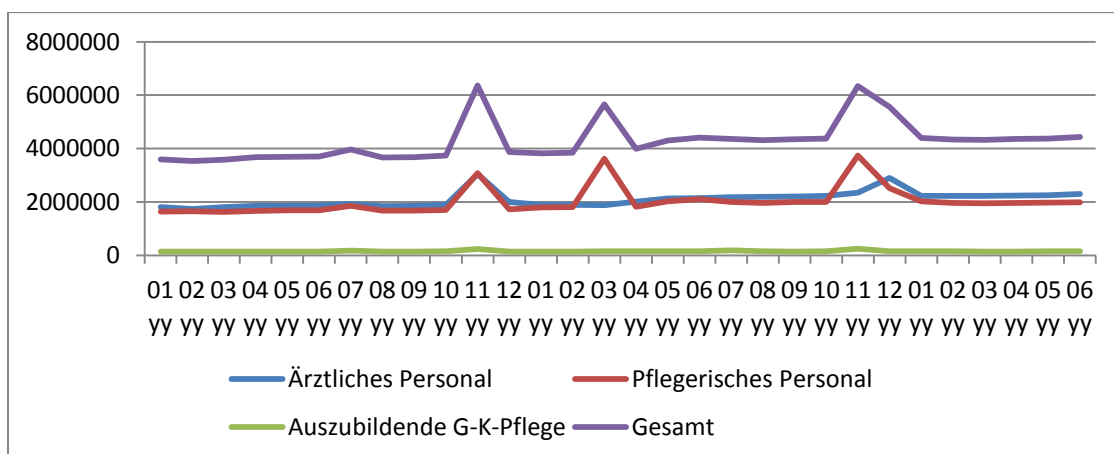
warum der erwartete Kaskadeneffekt nicht eingetreten ist. Benannt wurden folgende Aspekte:

- Mögliche Unschärfe bei der Anzahl ärztlichen Personals in Vollzeitstellen, da diese durch Befragung ermittelt werden,
- Realisierung des Sonderprogramms Pflege,
- Kostenrechnerische Abgrenzungsprobleme in der Pflege (Schulungstätigkeiten) zu Lasten der Interventionsabteilungen.
- Rückkehr eines Arztes in die Urologie (3d) ohne dass die Personalmenge in der Folge angepasst wurde.
- Im Krankenhaus wurden zudem die Intensivstation 1e aufgestockt, eine neue Station (3e) aufgebaut und 3 zusätzliche IMC-Betten (2a) eröffnet.

Insgesamt wurden diese Aspekte aber im Rahmen der Interpretation der Daten als weniger bedeutsam bewertet. Als wesentliche Ursache dafür, dass die erwarteten Kaskadeneffekte in den Interventionsabteilungen nicht beobachtet werden konnten, wurde im Rahmen der Interpretation der Daten durch Vertreterinnen und Vertretern der Einrichtung und der wissenschaftlichen Begleitung vielmehr die noch nicht erfolgte konsequente Abbildung der erfolgten Reorganisation im Stellenplan (zusätzlicher Einsatz eines Arztes in der Urologie) und im Budget (Wirtschaftsplan) der Interventionsbereiche gesehen.

Die Veränderungen im Personaleinsatz spiegeln sich auch in der Entwicklung der Personalkosten wider. Die nachfolgende Abbildung 25 verdeutlicht die Entwicklung der Personalkosten für das gesamte Krankenhaus exemplarisch.

Abbildung 25: Personalkosten Brüderkrankenhaus Trier in Euro / Entwicklung



Quelle: Daten des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Trier 2010 (Jan.-Dez.) bis 2012 (Jul.2011-Jun. 2012)

Die feinere Analyse der Personalkosten, wie dies Tabelle 28 verdeutlicht, ergibt:

- In den Interventionsabteilungen zum Versorgungsmanagement (1b/2b) sind die Personalkosten im Vergleichszeitraum deutlich um 20,66 Prozent gestiegen. Die Perso-

nalkosten „ärztliches Personal“ (+35,9 Prozent) stiegen dabei deutlich stärker als die Personalkosten für „pflegerisches Personal“ (+12,44 Prozent).

- In den Interventionsabteilungen Aufgabenneuverteilung (3d) sind die Personalkosten im Vergleichszeitraum ebenfalls deutlich, um 19,45 Prozent gestiegen. Auch hier sind die Kosten für die Personalart „ärztliches Personal“ deutlich stärker (+74,87 Prozent) gestiegen als das „pflegerische Personal“ (+11,77 Prozent).
- Im gesamten Brüderkrankenhaus Trier wurde insgesamt mehr Geld für Personal aufgewandt. Im Vergleichszeitraum stiegen die Personalkosten um 17,95 Prozent, also auf ähnlichem Niveau wie schon bei den Interventionsabteilungen beobachtet. Die Personalkosten für „ärztliches Personal“ (+16,95 Prozent) haben sich im gesamten Krankenhaus nicht ganz so stark ausgeweitet wie für das „pflegerische Personal“ (+20,23 Prozent).

Tabelle 28: Personalkosten Brüderkrankenhaus Trier in Euro / Entwicklung in Prozent(punkten), Durchschnitt pro Monat

Intervention 1b/2b Versorgungsmanagement				
	Ärztliches Personal Kosten	Pflegerisches Personal Kosten	Auszubildende G-K-Pflege Kosten	Personalkosten Gesamt
Interv. VM 1b/2b t0 2010	71.229,43	127.197,49	15.369,45	213.796,37
Interv. VM 1b/2b t1 2012	96.797,64	143.016,08	18.149,22	257.962,94
Interv. VM 1b/2b Differenz t0-t1	35,90%	12,44%	18,09%	20,66%
Intervention 3d Aufgabenneubeschreibung				
	Ärztliches Personal Kosten	Pflegerisches Personal Kosten	Auszubildende G-K-Pflege Kosten	Personalkosten Gesamt
Interv. AN 3d t0 2010	15.453,84	71.605,11	8.151,20	95.210,15
Interv. AN 3d t1 2012	27.024,86	80.029,64	6.672,78	113.727,28
Interv. AN 3d Differenz t0-t1	74,87%	11,77%	-18,14%	19,45%
KH Trier Gesamt				
	Ärztliches Personal Kosten	Pflegerisches Personal Kosten	Auszubildende G-K-Pflege Kosten	Personalkosten Gesamt
KH Trier Gesamt t0 2010	1.960.948,61	1.807.953,29	155.504,32	3.924.406,22
KH Trier Gesamt t1 2012	2.293.408,61	2.173.670,61	161.637,24	4.628.716,47
KH Trier Gesamt Differenz t0-t1	16,95%	20,23%	3,94%	17,95%
Differenz Entwicklung Versorgungsmanagement zu KH Trier in Prozentpunkten	-18,94%	7,79%	-14,14%	-2,71%
Differenz Entwicklung Aufgabenneuverteilung zu KH Trier in Prozentpunkten	-57,92%	8,46%	22,08%	-1,50%

Quelle: Daten des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Trier 2010 (Jan.-Dez.) bis 2012 (Jul. 2011-Jun. 2012)

Die Personalkosten sind nicht nur insgesamt, sondern auch pro Kopf deutlich im Betrachtungszeitraum gestiegen. Krankenhausweit sind die durchschnittlichen Personalkosten pro Kopf um 9,41 Prozent im Betrachtungszeitraum gestiegen. In den Interventionsabteilungen liegt die Steigerung mit 11,73 Prozent (1b, 2b - Versorgungsmanagement) respektive 11,84 Prozent (3d – Aufgabenneuverteilung) noch um über zwei Prozentpunkte über den Steigerungsraten des Bräderkrankenhauses Trier insgesamt. Die durchschnittlichen Personalkosten im ärztlichen Dienst sind im gesamten Krankenhaus von 8.150,50 Euro auf 8.896,74 Euro pro Monat gestiegen (Tabelle 29). Dagegen zeigt sich, dass sich die durchschnittlichen Personalkosten in der Pflege von 2.744,17 auf 3.049,34 Euro pro Monat erhöht haben (plus 11, 12 Prozent).

Tabelle 29: Durchschnittliche Personalkosten Bräderkrankenhause Trier pro Kopf /Monat in Euro / Entwicklung in Prozent(punkten)

Intervention 1b/2b Versorgungsmanagement			
	Ärztliches Personal Kosten	Pflegerisches Personal Kosten	Personalkosten gesamt
Interv. VM 1b/2b t0 2010	5.698,35	3.556,40	4.307,01
Interv. VM 1b/2b t1 2012	7.130,58	3.719,37	4.812,22
Interv. VM 1b/2b Differenz t0-t1	25,13%	4,58%	11,73%
Intervention 3d Aufgabenneubeschreibung			
	Ärztliches Personal Kosten	Pflegerisches Personal Kosten	Personalkosten gesamt
Interv. AN 3d t0 2010	7.024,47	3.505,47	4.076,94
Interv. AN 3d t1 2012	7.255,00	3.879,60	4.559,73
Interv. AN 3d Differenz t0-t1	3,28%	10,67%	11,84%
KH Trier Gesamt			
	Ärztliches Personal Kosten	Pflegerisches Personal Kosten	Personalkosten gesamt
KH Trier Gesamt t0 2010	8.150,50	2.744,17	4.296,43
KH Trier Gesamt t1 2012	8.896,74	3.049,34	4.700,77
KH Trier Gesamt Differenz t0-t1	9,16%	11,12%	9,41%
Differenz Entwicklung Versorgungsmanagement zu KH Trier in Prozentpunkten	-15,98%	6,54%	-2,32%
Differenz Entwicklung Aufgabenneuverteilung zu KH Trier in Prozentpunkten	5,87%	0,45%	-2,43%

Quelle: Daten des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Trier 2010 (Jan.-Dez.) bis 2012 (Jul.2011-Jun. 2012)

In den Interventionsabteilungen Versorgungsmanagement (1b/2b) sind die durchschnittlichen Personalkosten im Vergleichszeitraum für das „ärztliche Personal“ (+25,13 Prozent) deutlich gestiegen, allerdings von relativ niedrigem Niveau. Dagegen haben sich die durch-

schnittlichen Personalkosten für „pflegerisches Personal“ (+4,58 Prozent) moderat entwickelt, allerdings von einem vergleichsweise hohen Niveau.

In den Interventionsabteilungen Aufgabenneuverteilung (3d) sind die durchschnittlichen Personalkosten im Vergleichszeitraum für die Personalart „ärztliches Personal“ geringer gestiegen (+3,28 Prozent) als für das „pflegerische Personal“ (+10,67 Prozent).

Bei der Interpretation der Entwicklung der durchschnittlichen Personalkosten pro Kopf mit den Vertreterinnen und Vertretern der Einrichtung wurde darauf hingewiesen, dass die Station 3d wegen der Notwendigkeit von zwei Nachdiensten höhere Nachdienstzuschläge zu tragen hat. Zudem profitiere das vergleichsweise junge Pflgeteam von Tarifierhöhungen überproportional.

Zu Frage 2.: Wie verändert sich die Kostenstruktur nach Einführung der Aufgabenneuverteilung, des Versorgungsmanagements und der bezugsorientierten Patientenversorgung?

Als nächstes soll die Entwicklung der Kostenstruktur aufgezeigt werden.

Hierzu werden den Personalkosten auf der einen Seite die definierten Sachkosten (Kostenklassen 65-69, 72) auf der anderen Seite gegenüber gestellt.

Im Beobachtungszeitraum konnte für das gesamte Krankenhaus eine Kostensteigerung von 22,67 Prozent beobachtet werden. Neben den Personalkosten (+17,95 Prozent) stiegen auch die Sachkosten (+ 31,63 bzw. +21,75 Prozent) deutlich.

Dass die Gesamtkosten in den Interventionsabteilungen weniger stark gestiegen sind, begründet sich damit, dass die Sachkosten vergleichsweise weniger stark im Beobachtungszeitraum (außer Sachkosten 66 in den Abteilungen 1b, 2b – Versorgungsmanagement) angezogen haben respektive gesunken sind (Sachkosten 66 3d – Aufgabenneuverteilung). Zu berücksichtigen ist hier, dass die Interventionseinrichtungen nicht über sachkostenintensive operative Bereiche verfügen.

**Tabelle 30: Kostenstruktur Brüderkrankenhaus Trier in Euro / Entwicklung in Prozent(punkten)
Durchschnitt pro Monat**

Intervention 1b/2b Versorgungsmanagement				
	Personalkosten gesamt	Sachkosten zugeordnet 66	Sonstige Sachkosten	Summe Kosten
Intervention VM 1b/2b t0 2010	213.796,37	61.043,25	3.987,00	278.826,62
Intervention VM 1b/2b t1 2012	257.962,94	60.689,55	5.242,58	323.895,07
Intervention VM 1b/2b Differenz t0-t1	20,66%	-0,58%	31,49%	16,16%
Intervention 3d Aufgabenneubeschreibung				
	Personalkosten gesamt	Sachkosten zugeordnet 66	Sonstige Sachkosten	Summe Kosten
Intervention AN 3d t0 2010	95.210,15	33.029,75	2.775,75	131.015,65
Intervention AN 3d t1 2012	113.727,28	30.501,58	2.828,00	147.056,86
Intervention AN 3d Differenz t0-t1	19,45%	-7,65%	1,88%	12,24%
KH Trier Gesamt				
	Personalkosten gesamt	Sachkosten zugeordnet 66	Sonstige Sachkosten	Summe Kosten
KH Trier Gesamt t0 2010	3.924.406,22	2.242.621,08	1.654.951,00	7.821.978,31
KH Trier Gesamt t1 2012	4.628.716,47	2.952.015,75	2.014.847,67	9.595.579,89
KH Trier Gesamt Differenz t0-t1	17,95%	31,63%	21,75%	22,67%
Differenz Entwicklung Versorgungsmanagement zu KH Trier in Prozentpunkten	-2,71%	32,21%	-9,75%	6,51%
Differenz Entwicklung Aufgabenneuverteilung zu KH Trier in Prozentpunkten	-1,50%	39,29%	19,86%	10,43%

Quelle: Daten des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Trier 2010 (Jan.-Dez.) bis 2012 (Jul. 2011-Jun. 2012)

Zu Frage 3.: Wie hoch sind die Fallkosten vor und nach der Einführung des Versorgungsmanagements und der bezugsorientierten Patientenversorgung?

Im dritten Schritt soll die Entwicklung der durchschnittlichen Fallkosten dargestellt werden. In die Fallkosten fließen dabei nur solche Kosten ein, die eine Reaktion auf die Einführung des Versorgungsmanagements respektive der Aufgabenneuverteilung erwarten lassen. Be-

rücksichtigt werden die Personalkosten (ärztliches Personal, pflegerisches Personal und Personal im Funktionsdienst) sowie direkte Sachkosten (Kostenklassen 65-69, 72).

Die Analyse zeigt für die Interventionsabteilungen (1b, 2b, 3d) eine deutlich günstigere Entwicklung im Beobachtungszeitraum im Vergleich zum gesamten Brüderkrankenhaus Trier. Während die durchschnittlichen Fallkosten im gesamten Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier um 18,72 Prozent im Betrachtungszeitraum gestiegen sind, fällt die Steigerung in den Bereichen 1b/2b – Versorgungsmanagement (+11,42 Prozent) und 3d – Aufgabenneuverteilung (+6,02 Prozent) deutlich niedriger aus.

Tabelle 31: Fallkosten Brüderkrankenhaus Trier in Euro / Entwicklung in Prozent(punkten), Durchschnitt pro Monat

Intervention 1b/2b Versorgungsmanagement	
	Fallkosten
Intervention VM 1b/2b t0 2010	1.440,05
Intervention VM 1b/2b t1 2012	1.604,56
Intervention VM 1b/2b Differenz t0-t1	11,42%
Intervention 3d Aufgabenneubeschreibung	
	Fallkosten
Intervention AN 3d t0 2010	763,59
Intervention AN 3d t1 2012	809,52
Intervention AN 3d Differenz t0-t1	6,02%
KH Trier Gesamt	
	Fallkosten
KH Trier Gesamt t0 2010	3.546,39
KH Trier Gesamt t1 2012	4.210,38
KH Trier Gesamt Differenz t0-t1	18,72%
Differenz Entwicklung Versorgungsmanagement zu KH Trier in Prozentpunkten	7,30%
Differenz Entwicklung Aufgabenneuverteilung zu KH Trier in Prozentpunkten	12,71%

Quelle: Daten des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Trier 2010 (Jan.-Dez.) bis 2012 (Jul. 2011-Jun. 2012)

Zu Frage 4.: Wie hat sich das Leistungsgeschehen entwickelt?

Abschließend soll untersucht werden, wie sich das Leistungsgeschehen entwickelt hat und ob Veränderungen hier wohlmöglich Veränderungen beim Input begründen. Aus der Analyse der Leistungsdaten (Tabelle 32) wird deutlich, dass durchschnittlich Fallzahlen im Betrachtungszeitraum in den intervenierenden Abteilungen (Intervention Versorgungsmanagement

VM 1b/2b +4,19 Prozent/Intervention Aufgabenneuverteilung 3d +5,57 Prozent) stärker gestiegen ist als im gesamten Krankenhaus Trier (3,29 Prozent). Dagegen sind Nutzungsgrad und Belegungstage im Betrachtungszeitraum in den intervenierenden Abteilungen 1b/2b – Versorgungsmanagement (Nutzungsgrad -1,09 Prozent, Belegungstage -0,82 Prozent) und 3d – Aufgabenneuverteilung (Nutzungsgrad -2,09 Prozent, Belegungstage -1,88 Prozent) rückläufig – anders als dies im gesamten Bröderkrankenhaus Trier der Fall ist (Nutzungsgrad +4,96 Prozent, Belegungstage +3,29 Prozent).

Tabelle 32: Leistungsindikatoren Bröderkrankenhaus Trier / Entwicklung, Durchschnitt pro Monat

Intervention 1b/2b Versorgungsmanagement								
	Nutzungsgrad	Fallzahl	Belegungstage	Verweildauer	Effektiver Case-Mix Index	Case-Mix Index Stationsanteil	Summe Bewertungsrelation Abteilung	PPR Min.
Interv. VM 1b/2b t0 2010	0,87	194,92	1.563,58	8,08	1,62	0,76	148,47	257085,4
Interv. VM 1b/2b t1 2012	0,86	203,08	1.550,75	7,70	1,56	0,73	148,73	252781,8
Interv. VM 1b/2b Differenz t0-t1	-1,09%	4,19%	-0,82%	-4,70%	-4,27%	-3,85%	0,18%	-1,67%
Intervention 3d Aufgabenneubeschreibung								
	Nutzungsgrad	Fallzahl	Belegungstage	Verweildauer	Effektiver Case-Mix Index	Case-Mix Index Stationsanteil	Summe Bewertungsrelation Abteilung	PPR Min.
Interv. AN 3d t0 2010	0,84	172,92	975,67	5,65	0,97	0,47	80,44	157447,2
Interv. AN 3d t1 2012	0,83	182,54	957,33	5,26	0,97	0,46	83,47	157453,8
Interv. AN 3d Differenz t0-t1	-2,09%	5,57%	-1,88%	-6,79%	0,06%	-1,70%	3,77%	0,00%
KH Trier Gesamt								
	Nutzungsgrad	Fallzahl	Belegungstage	Verweildauer	Effektiver Case-Mix Index	Case-Mix Index Stationsanteil	Summe Bewertungsrelation Abteilung	PPR Min.
KH Trier Gesamt t0 2010	0,89	2.208,63	15.023,42	6,81	1,37	0,50	1.104,68	2181233

KH Trier Gesamt t1 2012	0,93	2.281,38	15.811,00	6,93	1,36	0,50	1.145,44	2230727
KH Trier Gesamt Differenz t0-t1	4,96%	3,29%	5,24%	1,84%	-0,32%	0,38%	3,69%	2,27%
Differenz Entwick- lung Interv. VM 1b/2b zu KH Trier in Prozent- punkten	6,06%	-0,90%	6,06%	6,54%	3,94%	4,23%	3,51%	3,94%
Differenz Entwick- lung Interv. AN 3d zu KH Trier in Prozent- punkten	7,06%	-2,27%	7,12%	8,64%	-0,38%	2,09%	-0,08%	2,26%

Quelle: Daten des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Trier 2010 (Jan.-Dez.) bis 2012 (Jul.2011-Jun. 2012)

Dies deutet auf eine sinkende Verweildauer in den Interventionsabteilungen hin, welche die Analyse bestätigt. In der Abteilung 1b/2b – Versorgungsmanagement ist die durchschnittliche Verweildauer um 4,70 Prozent gesunken, in der Abteilung 3d – Aufgabenneuverteilung gar um 6,79 Prozent. Diese Entwicklung ist deutlich günstiger als im gesamten Krankenhaus – hier ist die durchschnittliche Verweildauer um 1,84 Prozent gestiegen.

Die Reduktion der Verweildauer in den Interventionsabteilungen gelang trotz fast gleicher Leistungen: Im Betrachtungszeitraum ist in den intervenierenden Abteilungen 1b/2b – Versorgungsmanagement die Summe der Bewertungsrelationen nahezu gleich geblieben (+0,18 Prozent), der rechnerische Pflegeaufwand gemessen in PPR-Minuten, nur leicht zurückgegangen (-1,67 Prozent). In der Abteilung 3d – Aufgabenneuverteilung gelang die Reduktion der Verweildauer bei einer steigenden Summe der Bewertungsrelationen (+3,77 Prozent) und fast unverändertem rechnerischem Pflegeaufwand, wohingegen für das gesamte Krankenhaus diese Werte gestiegen sind.

3.2.3.5.2.3 FAZIT BRÜDERKRANKENHAUS TRIER

Die Entwicklung des Personaleinsatzes, der Personalstruktur und der Personalkosten in den Interventionseinrichtungen „1b/2b Versorgungsmanagement“ und „3d Aufgabenneuverteilung“ weicht nicht wesentlich von der Entwicklung im Brüderkrankenhaus Trier insgesamt ab. Es ist zu konstatieren, dass sowohl die eingesetzte Personalmenge als auch die entstandenen Personalkosten erheblich gestiegen sind. Die überproportional gestiegenen Personalkosten begründen sich einerseits durch die gestiegene Personalmenge, andererseits aber auch

durch gestiegene durchschnittliche Personalkosten (Faktoreinsatzpreise). Die intendierten Kaskadeneffekte, die als Folge der Aufgabenreorganisation zu erwarten waren, zeigen sich bei der Analyse der Personaleinsatzmenge und -kosten nicht. Notwendig hierfür wäre gewesen, dass die Neuordnung der Aufgaben sich in entsprechenden Ansätzen in der Stellenausstattung und im internen Budget widerspiegelt. Dies wurde im Beobachtungszeitraum nicht umgesetzt.

Anders als bei den Personalkosten zeigt sich in den Interventionseinrichtungen „1b/2b Versorgungsmanagement“ und „3d Aufgabenneuverteilung“ eine relativ günstigere Entwicklung bei den Sachkosten, wobei aber zu berücksichtigen ist, dass keine kostenintensiven Operationsbereiche hier vorgehalten werden müssen.

Hinsichtlich der Entwicklung der Fallkosten zeigen die Interventionseinrichtungen „1b/2b Versorgungsmanagement“ und „3d Aufgabenneuverteilung“ ebenfalls eine vergleichsweise günstige Entwicklung. Dort steigen die Fallkosten deutlich weniger stark als im Bräderkrankenhaus Trier insgesamt. Neben der relativ günstigen Entwicklung der Sachkosten in den Interventionseinrichtungen „1b/2b Versorgungsmanagement“ und „3d Aufgabenneuverteilung“ im Vergleich zum gesamten Krankenhaus Trier sind ursächlich für die relativ günstigere Entwicklung der durchschnittlichen Fallkosten die höheren Fallzahlen der Interventionsabteilungen. Allerdings kompensieren die höheren Fallzahlen in den Interventionseinrichtungen „1b/2b Versorgungsmanagement“ und „3d Aufgabenneuverteilung“ nur zum Teil die gesunkene Verweildauer und PPR-Minuten sowie die insgesamt stabile Summe der Bewertungsrelationen.

Vor dem Hintergrund der relativ stabilen Summe der Bewertungsrelationen führt der gestiegene Personaleinsatz zu einer gesunkenen Produktivität, sowohl für die Interventionseinrichtungen „1b/2b Versorgungsmanagement“ und „3d Aufgabenneuverteilung“ als auch für das Krankenhaus insgesamt, wenn die Entwicklung des Quotienten Summe Bewertungsrelationen/Stationsanteil zu Personalmenge interpretiert wird. Aufgrund der deutlich gestiegenen Faktoreinsatzpreise des Personals wird die Produktivität ungünstiger, wenn die Bewertungsrelationen im Verhältnis zu den Personalkosten respektive Sachkosten gesetzt werden.

Relativ günstig zeigt sich die Entwicklung der Produktivität für die Abteilung 3d - Aufgabenneuverteilung (-2,84 Prozent) im Verhältnis zu den Abteilungen 1b und 2b (Versorgungsmanagement – 7,23 Prozent) und dem gesamten Krankenhaus (-3,81 Prozent) (Tabelle 33).

Allerdings ist hier zu berücksichtigen, dass das Niveau der Produktivität des Personals (Quotienten Summe Bewertungsrelationen/Stationsanteil zu Personalmenge) sowohl vor als auch nach den Interventionen in den Abteilungen „1b/2b Versorgungsmanagement“ und „3d Aufgabenneuverteilung“ deutlich höher ist als im Krankenhaus insgesamt, wenn der Quotienten Summe Bewertungsrelationen/ Stationsanteil zu Personalmenge interpretiert wird. Im Bereich Pflege hat das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier den zu beobachtenden Produktivitätsverlust partiell geplant realisiert, da bis zu 36 neue Pflegestellen geschaffen wur-

den um die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern. Selbstverständlich macht sich dies auch in der Entwicklung eines Indikators Produktivität fest.

Tabelle 33: Analyse Wirtschaftlichkeit Brüderkrankenhaus Trier / Produktivität des Personals in VK, Durchschnitt pro Monat

Intervention 1b/2b Versorgungsmanagement				
			Eingesetzte Personalmenge	Entwicklung Personal VK Relativ zu Bewertungsrelation
Bewertungsrelation, Durchschnitt Monat 2010	148,466	Personaleinsatz VK 2010	49,639	2,991
Bewertungsrelation, Durchschnitt Monat 2011-12	148,731	Personaleinsatz VK 2011-12	53,606	2,775
Mehrleistungen	0,18%	Entwicklung/Mehr Personalmenge	7,99%	-7,23%
Intervention 3d Aufgabeneubeschreibung				
			Eingesetzte Personalmenge	Entwicklung Personal VK Relativ zu Bewertungsrelation
Bewertungsrelation, Durchschnitt Monat 2010	80,435	Personaleinsatz VK 2010	23,353	3,444
Bewertungsrelation, Durchschnitt Monat 2011-12	83,467	Personaleinsatz VK 2011-12	24,942	3,346
Mehrleistungen	3,77%	Entwicklung/Mehr Personalmenge	6,80%	-2,84%
KH Trier Gesamt				
			Eingesetzte Personalmenge	Entwicklung Personal VK Relativ zu Bewertungsrelation
Bewertungsrelation, Durchschnitt Monat 2010	1104,681	Personaleinsatz VK 2010	913,411	1,209
Bewertungsrelation, Durchschnitt Monat 2011-12	1145,440	Personaleinsatz VK 2011-12	984,673	1,163
	3,69%	Entwicklung/Mehr Personalmenge	7,80%	-3,81%

Quelle: Daten des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Trier 2010 (Jan.-Dez.) bis 2012 (Jul. 2011-Jun. 2012)

Insgesamt kann konstatiert werden, dass sich die Folgen der Intervention in den betreffenden Einrichtungsteilen nicht in der Stellenausstattung und im Budget widerspiegeln. Weder konnten der Personalmix und -menge, noch die Personalkosten angepasst werden. Insbesondere wird nicht abgebildet, dass seitens der Pflege ärztliche Tätigkeiten übernommen wurden.

Günstig zeigt sich tatsächlich die Entwicklung bei Fluktuation und Personalausfall in der Pflege in den intervenierenden Abteilungen. Dies macht Tabelle 34 deutlich.

Tabelle 34: Ausfall und Fluktuation Brüderkrankenhaus Trier in Prozent / Entwicklung Durchschnitt pro Monat

Intervention 1b/2b Versorgungsmanagement		
	Ausfall Pflegerisches Personal	Fluktuation Pflegerisches Personal
Intervention VM 1b/2b t0 2010	9,01%	21,5%
Intervention VM 1b/2b t1 2012	4,42%	18,0%
Intervention VM 1b/2b Differenz t0-t1	-50,95%	-16,35%
Intervention 3d Aufgabeneubeschreibung		
	Ausfall Pflegerisches Personal	Fluktuation Pflegerisches Personal
Intervention AN 3d t0 2010	2,37%	11,91%
Intervention AN 3d t1 2012	3,83%	3,52%
Intervention AN 3d Differenz t0-t1	61,58%	-70,43%
KH Trier Gesamt		
	Ausfall Pflegerisches Personal	Fluktuation Pflegerisches Personal
KH Trier Gesamt t0 2010		13,54%
KH Trier Gesamt t1 2012		10,66%
KH Trier Gesamt Differenz t0-T1		-21,22%
Differenz Entwicklung Versorgungsmanagement zu KH Trier in Prozentpunkten		-4,88%
Differenz Entwicklung Aufgabeneuverteilung zu KH Trier in Prozentpunkten		49,21%

Quelle: Daten des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Trier 2010 (Jan.-Dez.) bis 2012 (Jul. 2011-Jun. 2012)

Insgesamt konnten beide Indikatoren – Ausfall (krankheitsbedingt) und Fluktuation – in den Interventionsabteilungen deutlich verbessert respektive auf gutem Niveau stabilisiert werden. Die nach der Intervention zu beobachtende Ausfallquote liegt in der Interventionsabteilung 1b/2b bei 4,42 Prozent und in der Abteilung 3d bei 3,83 Prozent. Vergleichsdaten des gesamten Krankenhauses konnten hier leider nicht vorgelegt werden.

Günstig hat sich auch die Fluktuation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege entwickelt, die in den Interventionsbereichen deutlich zurückgegangen ist (2b: -43,81 Prozent, 3d -70,43 Prozent - wobei allerdings die Station 1b aufgrund von Leitungsproblemen, dies würde bei der Interpretation der Daten seitens der Einrichtungsvertreter angemerkt,

eine negative Entwicklung zeigt). Allerdings kann auch für das gesamte Krankenhaus Trier eine günstige Entwicklung bei der Fluktuation (-21,22 Prozent) beobachtet werden.

Abschließend kann somit zusammenfassend für die Interventionen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier im Rahmen des Modellprojektes festgestellt werden, dass positive Effekte der Intervention bei der Entwicklung der durchschnittlichen Fallkosten, der durchschnittlichen Verweildauer, bei (krankheitsbedingten) Ausfällen und bei Mitarbeiterfluktuation in der Pflege beobachten lassen.

Intendierte Kaskadeneffekte bei Mitarbeiterereinsatz und -mix sowie bei den Personalkosten konnten dagegen nicht realisiert werden, da eine Konsequenz für die Mittel- und Personalplanung im Rahmen der internen Budgetierung nicht gezogen wurde.

3.2.3.5.3. VERBUNDKRANKENHAUS BERNKASTEL/WITTLICH

3.2.3.5.3.1 VERGLEICHENDE BESCHREIBUNG DER AUSGANGSSITUATION IM JAHR 2010

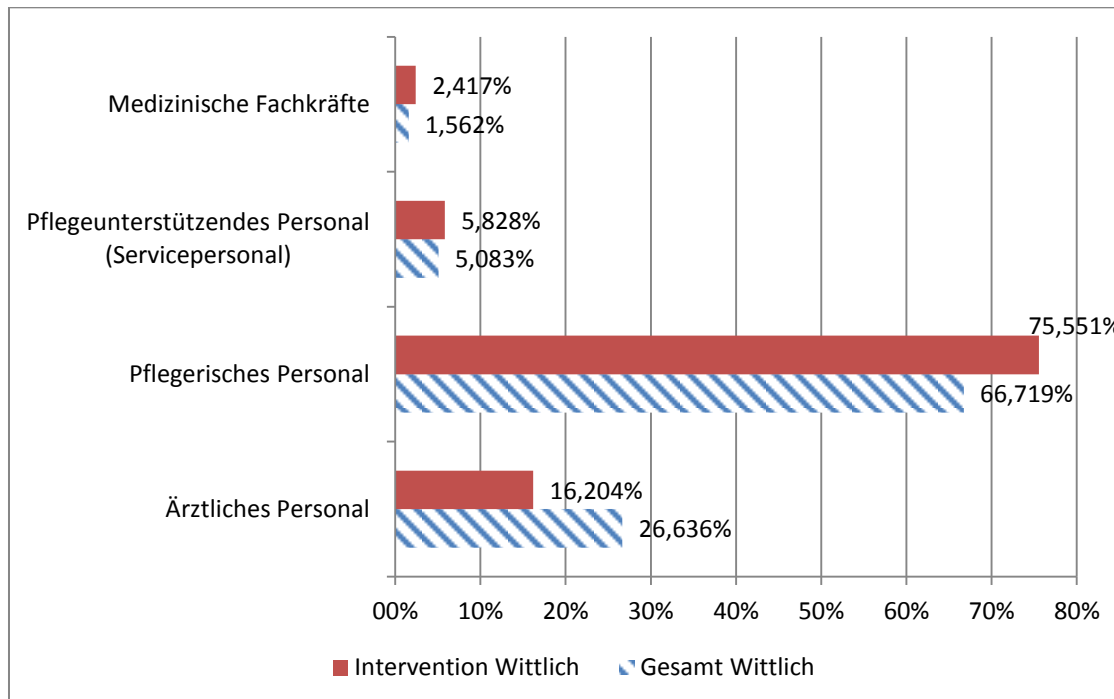
Als Ausgangspunkt der nachfolgenden Analysen zu den ökonomischen Auswirkungen der Intervention in der Interventionsabteilung „Gastroenterologie, Kardiologie, Pulmologie“ im Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich erfolgt im ersten Schritt eine vergleichende Beschreibung der Ausgangssituation anhand zentraler Parameter. Verglichen werden die Parameter:

- Personalmix (differenziert, insb. ärztliches und pflegerisches Personal),
- Personalkosten (differenziert, insb. ärztliches und pflegerisches Personal),
- Kostenstruktur (zugeordnete Sachkosten),
- Fallkosten (zugeordnete Personal- und Sachkosten/Fallzahl).

Es erfolgt eine Gegenüberstellung von Interventionsabteilung „Pflegegruppe 21/23, 22/24 Gastroenterologie, Kardiologie, Pulmologie“ zum Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich gesamt. Der Gesamtberechnung wurden die Daten beider Betriebsstätten zugrunde gelegt.

Zunächst soll auf die Personalstruktur im Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich eingegangen werden.

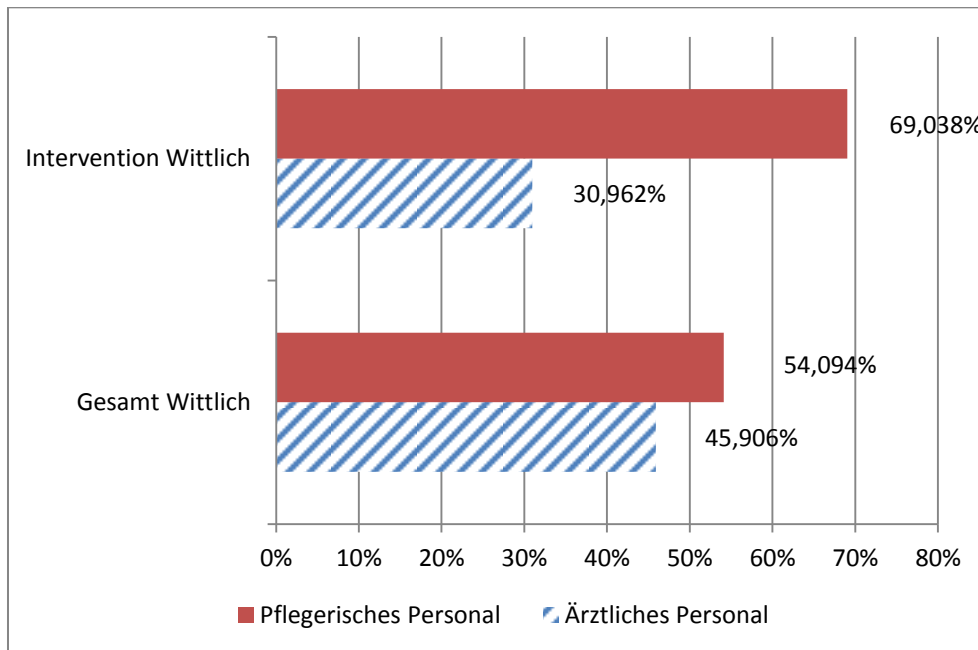
Abbildung 26: Personalstruktur Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich, anteilig Durchschnitt pro Monat, Jahr 2010



Quelle: Daten 2010 des Verbundkrankenhauses Bernkastel/Wittlich

In der Interventionsabteilung „Pflegruppe 21/23, 22/24 Gastroenterologie, Kardiologie, Pulmologie“ waren im Jahresdurchschnitt 2010 insgesamt 41,34 Vollzeitkräfte beschäftigt. 75,6 Prozent dieses Personals umfasst die Gruppe „pflegerisches Personal“ – gegenüber 66,67 Prozent für das gesamte Verbundkrankenhaus. Dagegen ist das ärztliche Personal mit 16,2 Prozent, wie dies die Abbildung 26 verdeutlicht, im Vergleich zum gesamten Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich (26,6 Prozent) Prozent eher unterrepräsentiert. Der Einsatz pflegeunterstützenden Servicepersonals und Medizinischen Fachangestellten liegen in der Interventionsabteilung und im gesamten Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich annähernd gleich auf. Für die Gruppe „pflegerisches Personal“ wurden im Zeitraum 2010 rund 69,0 Prozent der Personalkosten in Höhe 1.992.956,50 Euro (durchschnittlich 166.079,71 pro Monat) aufgewandt – gegenüber 54,1 Prozent Pflegepersonalkosten für das gesamte Krankenhaus. Folglich sind die Kosten des ärztlichen Personals im gesamten Krankenhaus mit 45,9 Prozent höher als in der „Pflegruppe 21/23, 22/24 Gastroenterologie, Kardiologie, Pulmologie“ mit 31,0 Prozent (Abbildung 27).

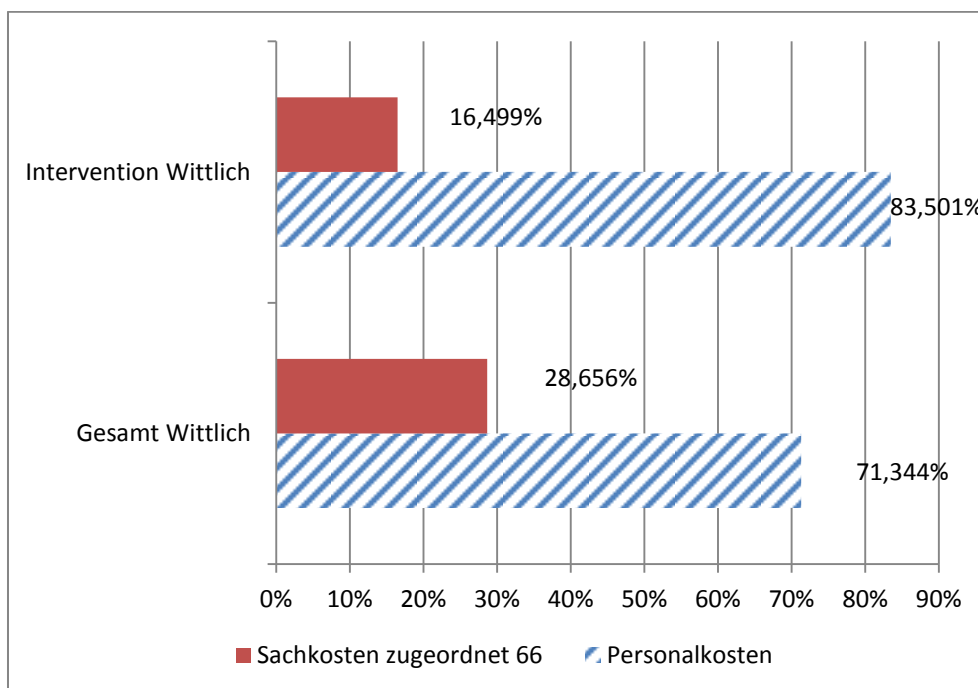
Abbildung 27: Personalkosten Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich, anteilig Durchschnitt pro Monat, Jahr 2010



Quelle: Daten 2010 des Verbundkrankenhauses Bernkastel/Wittlich

Wie die Abbildung 28 deutlich macht, dominieren die Personalkosten sowohl in der Interventionsabteilung (83,5 Prozent der Gesamtkosten) als auch im gesamten Verbundkrankenhaus die Gesamtkosten (71,3 Prozent der Gesamtkosten) erwartungsgemäß.

Abbildung 28: Kostenstruktur Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich Durchschnitt pro Monat, Jahr 2010

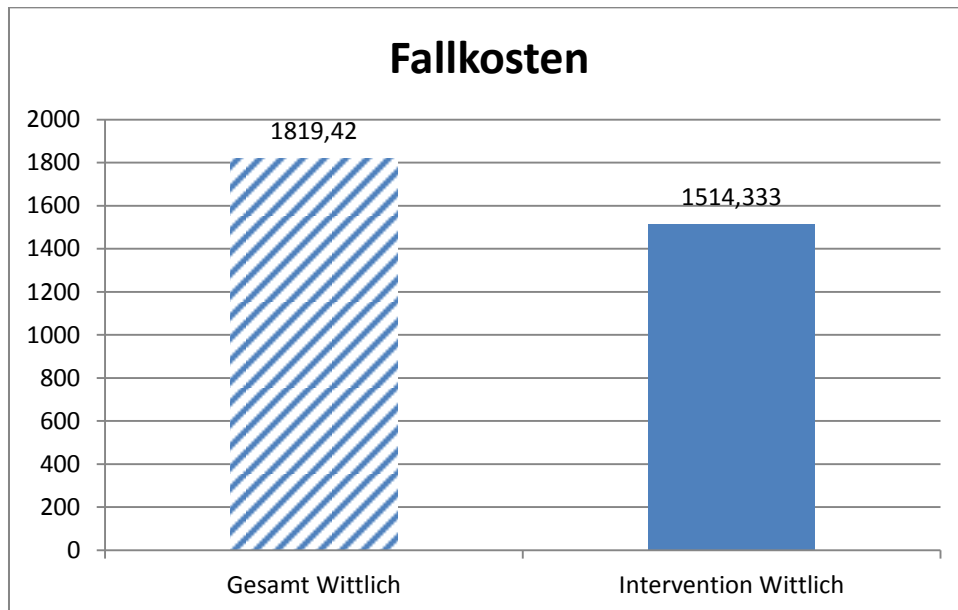


Quelle: Daten 2010 des Verbundkrankenhauses Bernkastel/Wittlich

Bei der Interpretation dieses Verhältnisses ist zu bedenken, dass bei den Sachkosten ausschließlich die Kostenklasse 66 eingeflossen ist. Andere Sachkosten bleiben hier unberücksichtigt.

Die direkten Fallkosten (Personalkosten plus Sachkosten [Kostenklasse 66]) unterscheiden sich im Verbundkrankenhaus Bernkastel/ Wittlich leicht.

Abbildung 29: Fallkosten Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich Durchschnitt pro Monat, Jahr 2010



Quelle: Daten 2010 des Verbundkrankenhauses Bernkastel/Wittlich

Wie die Abbildung 29 zeigt, betragen die Fallkosten in der Interventionsabteilung 1.514,33 Euro im Jahr 2010, während diese im gesamten Krankenhaus 1.830,17 Euro ausmachten. Die direkten Fallkosten liegen im Interventionsbereich somit um 17,25 Prozent unter den durchschnittlichen direkten Fallkosten des Krankenhauses. Auch hier ist bei der Interpretation der Fallkosten zu bedenken, dass ausschließlich die Kostenklasse 66 bei den Sachkosten berücksichtigt werden konnte.

3.2.3.5.3.2. VERGLEICHENDE ANALYSE DER ENTWICKLUNG DER KOSTEN NACH DER INTERVENTION

Im weiteren Verlauf werden nun die vom Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich vorgelegten Daten vor und nach der Intervention miteinander verglichen werden. Als Zeitraum, der repräsentativ für die Situation vor der Intervention steht, wird das Jahr 2010 (T_0) ausgewiesen. Der Implementierungszeitraum umfasst das erste Halbjahr 2011. Der Routinebetrieb beginnt anschließend mit dem 01.07.2011. Für die Auswertung des Routinebetriebs liegen die Daten für das 2. Halbjahr 2011 und das erste Halbjahr 2012 vor. Der zeitliche Interventionsablauf ist damit mit dem des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Trier vergleichbar.

Auch für das Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich werden die vorliegenden Daten vergleichend ausgewertet. Es werden die Daten der Interventionsabteilung „Gastroenterologie, Kardiologie, Pulmologie“, in der die Interventionen Aufgabenneuverteilung und Versorgungsmanagement umgesetzt wurden vor und nach der Intervention mit den gleichen Zeiträumen des gesamten Krankenhauses verglichen. Untersucht werden auch hier die folgenden Forschungsfragen:

6. Wie verändert sich der Personalmix und -kosten (ärztliches, pflegerisches, pflegeunterstützendes Personal) in der Station?
7. Wie verändert sich die Kostenstruktur nach Einführung der Aufgabenneuverteilung sowie des Versorgungsmanagements und der bezugsorientierten Patientenversorgung?
8. Wie hoch sind die Fallkosten vor und nach der Einführung der Aufgabenneuverteilung sowie des Versorgungsmanagements und der bezugsorientierten Patientenversorgung?
9. Weiter soll untersucht werden, wie sich das Leistungsgeschehen entwickelt hat und ob Veränderungen hier wohlmöglich Veränderungen beim Input begründen?

Zu Frage 1.: Wie verändert sich der Personalmix und -kosten (ärztliches, pflegerisches, pflege unterstützendes Personal) in der Station?

Eine Analyse des Personaleinsatzes offenbart, dass im Vergleich der Betrachtungszeiträume 2010 zu 2011/12 insgesamt mehr Personal eingesetzt wurde.

- In der Interventionsabteilung „Gastroenterologie, Kardiologie, Pulmologie“ ist insgesamt der Personaleinsatz im Vergleichszeitraum um 2,77 Prozent gestiegen, von durchschnittlich 41,34 Vollzeitstellen auf 42,48 Vollzeitstellen. Die Personalart „ärztliches Personal“ ist nach der Umsetzung der Aufgabenneuverteilung und des Versorgungsmanagements deutlich zurückgegangen – von durchschnittlich 6,7 Stellen auf 5,2 Stellen. Folglich wurden hier 1,5 Stellen (22,44 Prozent) der Stellen im ärztlichen Dienst abgebaut. Demgegenüber sind das pflegerische Personal (plus 0,65 VK, +2,08 Prozent), das pflegeunterstützende Personal (plus 0,49 VK, +28,59 Prozent) und die Medizinischen Fachgestellten (plus 1,31 VK, +130,94 Prozent) gestiegen. Insgesamt – über alle Personalarten – hat sich der Personaleinsatz um 1,14 Vollzeitstellen im Beobachtungszeitraum in der Interventionsabteilung erhöht.
- Demgegenüber zeigen sich für das gesamte Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich nur geringe Verschiebungen in der Personalstruktur. Insgesamt wurden im Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich im Vergleich Ausgangsstatus (439,49 VK) zu Folgebeobachtung (445,29 VK) 5,8 Vollzeitstellen mehr beschäftigt. Dabei wurde das ärztliche Personal um 1,53 Prozent (-1,69 VK) abgebaut; das pflegerische Personal (+1,2 Prozent) und das pflegeunterstützende Personal (+2,69 Prozent) stiegen leicht, die

Personalart Medizinische Fachangestellte (+50,53 Prozent) deutlich – wenn auch auf niedrigem absolutem Niveau (plus 3,47 VK).

Tabelle 35: Personalstruktur Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich in Vollstellen / Entwicklung in Prozent(punkten), Durchschnitt pro Monat

Intervention Wittlich					
	Ärztliches Personal	Pflegerisches Personal	VK Pflegeunterstützendes Personal	VK Medizinische Fachangestellte	Personal Gesamt
Intervention Wittlich t0 2010	6,70	31,23	2,41	1,00	41,34
Intervention Wittlich t1 2012	5,20	31,88	3,10	2,31	42,48
Intervention Wittlich Differenz t0-t1	-22,44%	2,08%	28,59%	130,94%	2,77%
KH Wittlich Gesamt					
	Ärztliches Personal	Pflegerisches Personal	Pflegeunterstützendes Personal	Medizinische Fachangestellte	Personal Gesamt Wittlich
KH Wittlich Gesamt t0 2010	117,06	293,22	22,34	6,86	439,49
KH Wittlich Gesamt t1 2012	115,27	296,75	22,94	10,33	445,29
KH Wittlich Gesamt Differenz t0-t1	-1,53%	1,20%	2,69%	50,53%	1,32%
Differenz Entwicklung Intervention zu KH Wittlich Gesamt in Prozentpunkten	-20,90%	0,87%	25,90%	80,41%	1,44%

Quelle: Daten des Verbundkrankenhauses Wittlich 2010 (Jan.-Dez.) bis 2012 (Jul. 2011-Jun. 2012)

Aufgrund der vorliegenden Daten kann festgestellt werden, dass eine vergleichbare Ausweitung des Personaleinsatzes sowohl für das Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich insgesamt (+1,44 Prozent) als auch für die Interventionsabteilung „Gastroenterologie, Kardiologie, Pulmologie“ (+1,32 Prozent) stattgefunden hat. Für die Interventionsabteilung kann allerdings eine deutliche Verschiebung in der Personalstruktur festgestellt werden. Es wurde ärztliches Personal nicht nachbesetzt, pflegerische und pflegeunterstützende Personalarten wurden dagegen vermehrt eingesetzt. Die Verschiebung der Stellenanteile spiegelt folglich die Intention der Intervention gelungen wieder.

Die Analyse der Entwicklung der Personalkosten, wie dies Tabelle 36 verdeutlicht, ergibt:

- In den Interventionsabteilungen „Gastroenterologie, Kardiologie, Pulmologie“ sind die Personalkosten im Vergleichszeitraum um 3,82 Prozent gestiegen. Dabei ist zu unterscheiden: Während die Personalkosten für das ärztliche Personal um 14,91 Prozent sanken, erhöhten sich die Personalkosten für den pflegerischen Dienst um 12,22 Prozent deutlich. In den Personalkosten der Pflege sind sowohl die Kosten des pflegerischen Personals als auch die Kosten für das pflegeunterstützende Personal und die Medizinischen Fachangestellten berücksichtigt.

- Dagegen kann für das gesamte Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich festgestellt werden, dass die gesamten Personalkosten im Vergleich zur Interventionsabteilung deutlich stärker gestiegen sind, nämlich um 9,41 Prozent (gegenüber 3,82 Prozent in der Interventionsabteilung). Auch ist zu beobachten, dass ärztliche und pflegerische Personalkosten sich ähnlicher entwickelten. Während die ärztlichen Personalkosten um 7,59 Prozent im Beobachtungszeitraum stiegen, waren dies für die Pflege 10,95 Prozent.

Tabelle 36: Personalkosten Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich in Euro / Entwicklung in Prozent(punkten), Durchschnitt pro Monat

Intervention Wittlich			
Personalkosten	Ärztliches Personal	Pflegerisches Personal	Gesamt Intervention Wittlich
Intervention Wittlich t0 2010	51.422,36	114.657,35	166.079,71
Intervention Wittlich t1 2012	43.753,19	128.669,08	172.422,27
Intervention Wittlich Differenz t0-t1	-14,91%	12,22%	3,82%
KH Wittlich Gesamt			
Personalkosten	Ärztliches Personal	Pflegerisches Personal	Gesamt KH Wittlich
KH Wittlich Gesamt t0 2010	969.942,98	1.142.941,29	2.112.884,27
KH Wittlich Gesamt t1 2012	1.043.572,94	1.268.149,09	2.311.722,03
KH Wittlich Gesamt Differenz t0-t1	7,59%	10,95%	9,41%
Differenz Entwicklung Intervention zu KH Wittlich Gesamt in Prozentpunkten	-22,51%	1,27%	-5,59%

Quelle: Daten des Verbundkrankenhauses Bernkastel/Wittlich 2010 (Jan.-Dez.) bis 2012 (Jul. 2011 Jun. 2012)

Wie auch in anderen Krankenhäusern beobachtet, sind die Personalkosten nicht nur insgesamt, sondern auch pro Kopf im Betrachtungszeitraum gestiegen. Krankenhausweit erhöhten sich die durchschnittlichen Personalkosten pro Kopf um 7,99 Prozent im Betrachtungszeitraum. In den Interventionsabteilungen „Gastroenterologie, Kardiologie, Pulmologie“ liegt die Steigerung bei 1,03 Prozent – deutlich niedriger als im Krankenhausdurchschnitt. Im ärztlichen Dienst sind im gesamten Krankenhaus die durchschnittlichen Personalkosten pro Kopf von 8.285,74 Euro auf 9.063,67 Euro pro Monat gestiegen (Tabelle 37).

Tabelle 37: Durchschnittliche Personalkosten Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich pro Kopf/Monat in Euro / Entwicklung in Prozent(punkten)

Intervention Wittlich			
	Ärztliches Personal Kosten pro Kopf	Pflegerisches Personal Kosten pro Kopf	Personal Gesamt pro Kopf
Intervention Wittlich t0 2010	7.676,41	3.309,83	4.017,39
Intervention Wittlich t1 2012	8.420,82	3.450,73	4.058,59
Intervention Wittlich Differenz t0-t1	9,70%	4,26%	1,03%
KH Wittlich Gesamt			
	Ärztliches Personal Kosten pro Kopf	Pflegerisches Personal Kosten pro Kopf	Personal Gesamt pro Kopf
KH Wittlich Gesamt t0 2010	8.285,74	3.544,81	4.807,59
KH Wittlich Gesamt t1 2012	9.053,67	3.842,58	5.191,49
KH Wittlich Gesamt Differenz t0-t1	9,27%	8,40%	7,99%
Differenz Entwicklung Intervention zu KH Wittlich Gesamt in Prozentpunk- ten	-0,43%	4,14%	6,96%

Quelle: Daten des Verbundkrankenhauses Bernkastel/Wittlich 2010 (Jan.-Dez.) bis 2012 (Jul. 2011-Jun. 2012)

Damit liegt die Steigerung der durchschnittlichen Personalkosten pro Kopf krankenhausweit mit 9,27 Prozent im Beobachtungszeitraum fast auf dem gleichen Niveau wie die Steigerung der durchschnittlichen Personalkosten pro Kopf im ärztlichen Dienst der Interventionsabteilung – diese stiegen um 9,7 Prozent. Weniger stark gestiegen sind dagegen die durchschnittlichen Kosten pro Kopf in der Pflege: krankenhausweit stiegen diese um 8,4 Prozent, in der Interventionsabteilung um 4,26 Prozent.

**Zu Frage 2.: Wie verändert sich die Kostenstruktur nach Einführung der Aufgabenneuer-
teilung, des Versorgungsmanagements und der bezugsorientierten Patientenversorgung?**

Im nächsten Schritt soll die Entwicklung der Kostenstruktur analysiert werden. Zu diesem Zweck erfolgt eine Gegenüberstellung der Entwicklung der Personalkosten auf der einen Seite und den definierten Sachkosten (Kostenklassen 66) auf der anderen Seite. Für das gesamte Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich konnte im Beobachtungszeitraum eine Kostensteigerung von 8,51 Prozent beobachtet werden. Neben den Personalkosten (+9,41 Prozent), diese wurde bereits unter der ersten Forschungsfrage näher analysiert, stiegen auch die Sachkosten um 6,28 Prozent.

Tabelle 38: Kostenstruktur Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich in Euro / Entwicklung in Prozent(punkten), Durchschnitt pro Monat

Interventionsabteilung Wittlich			
	Personalkosten gesamt	Sachkosten zugeordnet 66	Summe Kosten
Intervention Wittlich t0 2010	166.079,71	32.815,16	198.894,87
Intervention Wittlich t1 2012	172.422,27	27.003,52	199.425,79
Intervention Wittlich Differenz t0-t1	3,82%	-17,71%	0,27%
KH Wittlich Gesamt			
	Personalkosten gesamt	Sachkosten zugeordnet 66	Summe Kosten
KH Wittlich Gesamt t0 2010	2.112.884,27	848.702,11	2.961.586,37
KH Wittlich Gesamt t1 2012	2.311.722,03	901.968,76	3.213.690,79
KH Wittlich Gesamt Differenz t0-t1	9,41%	6,28%	8,51%
Differenz Entwicklung Intervention zu KH Wittlich Gesamt in Prozentpunkten	5,59%	23,99%	8,25%

Quelle: Daten des Verbundkrankenhauses Bernkastel/Wittlich 2010 (Jan.-Dez.) bis 2012 (Jul. 2011-Jun. 2012)

Demgegenüber haben sich die Gesamtkosten in der Interventionsabteilung „Gastroenterologie, Kardiologie, Pulmologie“ weniger stark ausgeweitet. Diese stiegen um 0,27 Prozent – 8,25 Prozentpunkte weniger stark als im gesamten Krankenhaus. Dass die Gesamtkosten eine unterdurchschnittliche Entwicklung in der Interventionseinrichtung aufweisen, begründet sich sowohl mit dem moderaten Anstieg der Personalkosten als auch mit dem deutlich gesunkenem Aufwand für Sachkosten. Diese sanken im Beobachtungszeitraum um 17,71 Prozent (Tabelle 38).

Zu Frage 3.: Wie hoch sind die Fallkosten vor und nach der Einführung der Aufgabenneuverteilung, des Versorgungsmanagements und der bezugsorientierten Patientenversorgung?

Im dritten Schritt wird nun auf die Entwicklung der durchschnittlichen Fallkosten eingegangen. In die Fallkosten fließen hier wiederum nur solche Kosten ein, die eine Reaktion auf die Einführung des Versorgungsmanagements respektive der Aufgabenneuverteilung erwarten lassen. Berücksichtigt werden die bereits analysierten Personalkosten (ärztliches Personal, pflegerisches Personal, pflegeunterstützendes Personal und Medizinische Fachangestellte sowie direkte Sachkosten (Kostenklassen 66).

Tabelle 39: Fallkosten Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich in Euro / Entwicklung in Prozent(punkten), Durchschnitt pro Monat

Intervention Wittlich	
	Fallkosten
Intervention Wittlich t0 2010	1.514,33
Intervention Wittlich t1 2012	1.294,33
Intervention Wittlich Differenz t0-t1	-14,53%
KH Wittlich Gesamt	
	Fallkosten
KH Wittlich Gesamt t0 2010	1.830,17
KH Wittlich Gesamt t1 2012	1.925,08
KH Wittlich Gesamt Differenz t0-t1	5,19%
Differenz Entwicklung Intervention zu KH Wittlich Gesamt in Prozentpunkten	19,71%

Quelle: Daten des Verbundkrankenhauses Bernkastel/Wittlich 2010 (Jan.-Dez.) bis 2012 (Jul. 2011-Jun. 2012)

Hier offenbart die Analyse für die Interventionsabteilung „Gastroenterologie, Kardiologie, Pulmologie“ eine deutlich günstigere Entwicklung im Beobachtungszeitraum im Vergleich zum gesamten Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich. Während die durchschnittlichen Fallkosten in der gesamten Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich von 1.830,17 Euro auf 1.925,08 Euro – also um 5,19 Prozent – stiegen, kann für die Interventionsabteilung festgestellt werden, dass die durchschnittlichen Fallkosten von 1.514,33 auf 1.294,33 Euro zurückgegangen sind – eine Reduktion um 14,53 Prozent (Tabelle 39).

Zu Frage 4.: Wie hat sich das Leistungsgeschehen entwickelt?

Es folgt – im vierten Schritt – nun die Analyse des Leistungsgeschehens. Hier soll auch untersucht werden, ob Veränderungen im Input wohl möglich Veränderungen aufgrund von Leistungsverschiebungen begründet werden können und somit nicht im Modellkontext generiert wurden.

Aus der Analyse der Leistungsdaten (Tabelle 40) wird deutlich, dass die durchschnittliche Fallzahl pro Monat im Betrachtungszeitraum im gesamten Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich um 3,21 Prozent gestiegen ist. Im Zeitraum 2011/2011 konnten fast 1.673 Fälle durchschnittlich im Monat versorgt werden. Deutlich stärker ausgeprägt ist allerdings die Entwicklung der Fallzahl in der Interventionseinrichtung: Hier stieg die durchschnittliche Fallzahl um 17,62 Prozent – 14,4 Prozentpunkte mehr als im krankenhausweiten Durchschnitt.

Tabelle 40: Leistungsindikatoren Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich / Entwicklung Durchschnitt pro Monat

Intervention Wittlich							
	Nutzungsgrad	Fallzahl	Belegungstage	Verweildauer	Summe Bewertungsrelationen	Case Mix Index	PPR Min.
Intervention Wittlich t0 2010	110,08	131,75	1.607,25	12,28	171,08	0,83	250179,000
Intervention Wittlich t1 2012	113,84	154,96	1.661,00	10,77	194,65	0,79	272864,083
Intervention Wittlich Differenz t0-t1	3,41%	17,62%	3,34%	-12,33%	13,78%	-4,84%	9,07%
KH Wittlich Gesamt							
	Nutzungsgrad	Fallzahl	Belegungstage	Verweildauer	Summe Bewertungsrelationen	Case Mix Index	PPR Min.
KH Wittlich Gesamt t0 2010	77,91	1.620,88	11.994,25	7,40	1.310,25	0,86	1498600,833
KH Wittlich Gesamt t1 2012	76,25	1.672,92	11.817,17	7,07	1.366,48	0,88	1486172,500
KH Wittlich Gesamt Differenz t0-t1	-2,13%	3,21%	-1,48%	-4,55%	4,29%	1,65%	-0,83%
Differenz Entwicklung Intervention zu KH Wittlich Gesamt in Prozentpunkten	-5,54%	-14,40%	-4,82%	7,78%	-9,49%	6,49%	-9,90%

Quelle: Daten des Verbundkrankenhauses Bernkastel/Wittlich 2010 (Jan.-Dez.) bis 2012 (Jul. 2011-Jun. 2012)

Auch der Nutzungsgrad und die Belegungstage zeigen sich im Betrachtungszeitraum in der intervenierenden Abteilung verbessert. Beide Indikatoren weisen eine nahezu parallele Entwicklung auf: Der Nutzungsgrad stieg um 3,41 Prozent, die erbrachten Belegungstage um 3,34 Prozent. Im gesamten Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich ist die Fallzahl dagegen im Betrachtungszeitraum um 2,13 Prozent gesunken. Die erbrachten Belegungstage im gesamten Krankenhaus sanken ebenfalls leicht – um 1,48 Prozent.

Sowohl im gesamten Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich als auch in der Interventionsabteilung „Gastroenterologie, Kardiologie, Pulmologie“ konnte die durchschnittliche Verweildauer im Betrachtungszeitraum gesenkt werden. Im gesamten Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich sank die durchschnittliche Verweildauer um 4,55 Prozent auf 7,07 Tage.

Noch deutlicher ist die Reduktion der Verweildauer in der Interventionsabteilung. Hier sank im Betrachtungszeitraum die Verweildauer gar um 12,33 Prozent – auf 10,77 Tage,

Zeitgleich konnte in der intervenierenden Abteilung „Gastroenterologie, Kardiologie, Pulmologie“ die erbrachten Leistungen deutlich erhöht werden. Die Summe der Bewertungsrelationen ist im Betrachtungszeitraum um 13,78 Prozent gestiegen, wobei die durchschnittliche Fallschwere (CMI) sich kaum verändert zeigt. Der Case-Mix-Index sank von 0,83 auf 0,79. Auch krankenhausesweit ist im Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich die Summe der Leistungen, gemessen mit der Entwicklung der Summe der Bewertungsrelationen, gestiegen – und zwar um 4,29 Prozent, also deutlich niedriger als in der Interventionsabteilung.

Die Leistungsausweitung in der Interventionsabteilung kann auch für die erbrachten Pflegeleistungen beobachtet werden. Die errechneten PPR Minuten stiegen in der Interventionsabteilung „Gastroenterologie, Kardiologie, Pulmologie“ um 9,07 Prozent, krankenhausesweit sank dieser Wert dagegen leicht um 0,83 Prozent.

Insgesamt kann folglich für die Interventionsabteilung „Gastroenterologie, Kardiologie, Pulmologie“ eine deutliche Ausweitung der Leistungen konstatiert werden. Diese begründen den zusätzlichen Einsatz von Personal.

3.2.3.5.3.3. FAZIT VERBUNDKRANKENHAUS BERNKASTEL/WITTLICH

Für das Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich kann mit Blick auf den Personaleinsatz festgestellt werden, dass eine stärkere Ausweitung des Personaleinsatzes für die Interventionsabteilung „Gastroenterologie, Kardiologie, Pulmologie“ (+2,77 Prozent) stattgefunden hat als für das Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich insgesamt (+1,32 Prozent). Für die Interventionsabteilung kann eine deutliche Verschiebung in der Personalstruktur aufgezeigt werden. Gegen Ende des Projektes standen weniger ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Interventionsabteilung zur Verfügung, pflegerische und pflegeunterstützende Personalarten wurden an die gestiegene Leistungsmenge angepasst. Die Personalart „ärztliches Personal“ ist nach der Umsetzung der Aufgabenneuverteilung und des Versorgungsmanagements in der Interventionsabteilung deutlich zurückgegangen, hier wurden 1,5 Stellen (22,44 Prozent) im Durchschnitt des Betrachtungszeitraums nicht mehr besetzt. Demgegenüber sind das pflegerische Personal, das pflegeunterstützende Personal und insbesondere die Medizinischen Fachangestellten mehr eingesetzt worden. Diese Verschiebung der Stellenanteile in der Personalstruktur spiegelt die Intention der Intervention gelungen wieder.

In der Interventionseinrichtung ist die eingesetzte Personalmenge zwar überproportional gestiegen, dies spiegelt sich aber nicht in einer analogen Entwicklung der Personalkosten wider. Die Personalkosten stiegen zwar auch in der Interventionsabteilung deutlich (+3,82 Prozent), aber weit weniger stark als im Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich gesamt (+9,41 Prozent). Ursächlich für diese Entwicklung ist, dass in der Interventionsabteilung mehr

niedriger vergütetes pflegeunterstützendes Personal eingesetzt wurde. Es kann folglich konstatiert werden, dass trotz deutlich steigender durchschnittlicher Personalkosten pro Kopf im ärztlichen Dienst, sich auch in der Entwicklung der Personalkostenstruktur eine Kompensation ärztlicher Tätigkeiten durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Pflege widerspiegelt. Den Erwartungen entsprechende Kaskadeneffekte in der Personalstruktur und in den Personalkosten lassen sich folglich für die Intervention in der „Gastroenterologie, Kardiologie, Pulmologie“ im Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich beobachten.

Noch stärker als bei den Personalkosten zeigt sich in der Interventionseinrichtung „Gastroenterologie, Kardiologie, Pulmologie“ eine relativ günstigere Entwicklung bei den Sachkosten, diese sanken im Beobachtungszeitraum um 17,71 Prozent – wogegen im gesamten Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich eine Steigerung der Sachkosten konstatiert werden konnte.

Auch bei der Entwicklung der Fallkosten zeigen die Interventionseinrichtung „Gastroenterologie, Kardiologie, Pulmologie“ eine vergleichsweise günstige Entwicklung. Die durchschnittlichen Fallkosten sind im Betrachtungszeitraum um 14,53 Prozent gesunken, während diese im gesamten Verbundkrankenhaus um 5,19 Prozent stiegen. Ursächlich für die günstige Entwicklung der durchschnittlichen Fallkosten in der Interventionseinrichtung „Gastroenterologie, Kardiologie, Pulmologie“ sind vielfältig: Neben der relativ günstigen Entwicklung bei den Personal- und Sachkosten kann auch eine Leistungsausweitung beobachtet werden. Diese spiegelt sich unter anderem in höheren Fallzahlen, dem höheren Nutzungsgrad sowie der gestiegenen Summe der Bewertungsrelationen und den rechnerischen PPR-Minuten wider. Zudem konnte die durchschnittliche Verweildauer deutlich gesenkt werden.

Aufgrund der gestiegenen Summe der Bewertungsrelationen auf der einen Seite sowie dem relativ stabilen Personaleinsatz auf der anderen Seite kann für die Interventionseinrichtung „Gastroenterologie, Kardiologie, Pulmologie“ eine verbesserte Produktivität ermittelt werden. Wird die Entwicklung des Quotienten aus Summe der Bewertungsrelationen zu Personalmenge berechnet, zeigt sich, dass diese in der Interventionseinrichtung im Vergleich zum gesamten Krankenhaus ohnehin schon auf einem hohen Niveau liegt. Die Produktivität verbessert sich in der Interventionseinrichtung im Beobachtungszeitraum nochmals um 10,72 Prozent (Tabelle 41).

Tabelle 41: Analyse Wirtschaftlichkeit Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich / Produktivität Durchschnitt pro Monat

Intervention Wittlich			
	Punkte Bewertungsrelation pro Mitarbeiter	Punkte Bewertungsre- lation pro Euro Perso- nalkosten	PPR Minuten pro Mitarbeiter Pflege
Intervention Wittlich t0 2010	4,14	0,001030	8010,106858
Intervention Wittlich t1 2012	4,58	0,001129	8558,674156
Intervention Wittlich Differenz t0-t1	10,72%	9,59%	6,85%
KH Wittlich Gesamt			
	Punkte Bewertungsrelation pro Mitarbeiter	Punkte Bewertungsre- lation pro Euro Perso- nalkosten	PPR Minuten pro Mitarbeiter Pflege
KH Wittlich Gesamt t0 2010	2,98	0,000620124	5.110,82
KH Wittlich Gesamt t1 2012	3,07	0,000591107	5.008,15
KH Wittlich Gesamt Differenz t0-t1	2,93%	-4,68%	-2,01%
Differenz Entwicklung Intervention zu KH Wittlich Gesamt in Prozent- punkten	7,78%	14,27%	8,86%

Quelle: Daten des Verbundkrankenhauses Bernkastel/Wittlich 2010 (Jan.-Dez.) bis 2012 (Jul.2011-Jun. 2012)

Allerdings kann auch für das gesamte Krankenhaus bei einer Interpretation dieses Quotienten von einer günstigen Entwicklung der Produktivität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter berichtet werden, wobei diese Steigerung mit 2,93 Prozent deutlich niedriger ausfällt als in der Interventionsabteilung.

Die günstige Entwicklung der Produktivität in der Interventionseinrichtung zeigt sich auch, wenn statt der Personalmenge die Personalkosten ins Verhältnis zur Summe der Bewertungsrelationen gesetzt werden. Hier beträgt der Produktivitätsgewinn 9,59 Prozent, wogegen das Krankenhaus insgesamt bei der Interpretation dieses Quotienten an Produktivität verloren hat (-4,68 Prozent). Schließlich offenbart sich auch für die eigentlichen Pflegeleistungen eine günstige Entwicklung der Produktivität. Wenn die rechnerischen PPR Minuten in Relation zu den eingesetzten PflegemitarbeiterInnen gesetzt werden, zeigt sich für die Interventionsabteilung eine Verbesserung von 6,85 Prozent gegenüber einer Verschlechterung im gesamten Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich in Höhe von 2,01 Prozent.

Es kann resümiert werden, dass sich die Folgen der Intervention in der Interventionsabteilung „Gastroenterologie, Kardiologie, Pulmologie“ – auch im Vergleich zum Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich insgesamt deutlich zeigen. Der Personalmix wurde entsprechend der Intervention angepasst. Vor dem Hintergrund steigender Personalkosten, aber auch steigender Leistungen ist es gelungen, mit der Intervention die Produktivität der Interventionsabteilung „Gastroenterologie, Kardiologie, Pulmologie“ zu verbessern und beispielsweise auch die durchschnittliche Verweildauer zu verkürzen.

Eine günstige Entwicklung zeigt sich aber auch für die Entwicklung beim Personalausfall. Dies macht Tabelle 42 abschließend deutlich.

Insgesamt zeigt sich, dass der krankheitsbedingte Ausfall in der Interventionsabteilung deutlich verbessert beziehungsweise auf im Vergleich zum gesamten Krankenhaus günstigem gutem Niveau stabilisiert wurde. Die nach der Intervention zu beobachtende Ausfallquote liegt in der Interventionsabteilung je nach Personalart zwischen 2,2 und 7,9 Prozent. Im Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich insgesamt zeigt sich allerdings eine etwas günstiger Ausfallquote bei dem ärztlichen Personal und bei der Gruppe der Medizinischen Fachangestellten.

Tabelle 42: Ausfall und Fluktuation Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich in Prozent / Entwicklung, Durchschnitt pro Monat

Intervention Wittlich				
	Ausfall Ärztliches Personal Intervention Wittlich	Ausfall Pflegerisches Personal Intervention Wittlich	Ausfall Pflegeunterstützendes Personal Intervention Wittlich	Ausfall Medizinische Fachangestellte Intervention Wittlich
Intervention Wittlich t0 2010	6,11%	5,97%	2,24%	20,57%
Intervention Wittlich t1 2012	2,20%	3,36%	5,65%	7,90%
Intervention Wittlich Differenz t0-t1	-63,93%	-43,72%	152,21%	-61,57%
KH Wittlich Gesamt				
	Ausfall Ärztliches Personal Wittlich Gesamt	Ausfall Pflegerisches Personal Wittlich Gesamt	Ausfall Pflegeunterstützendes Personal Wittlich Gesamt	Ausfall Medizinische Fachangestellte Wittlich Gesamt
KH Wittlich Gesamt t0 2010	2,24%	5,19%	6,77%	10,83%
KH Wittlich Gesamt t1 2012	1,65%	5,37%	10,61%	5,36%
KH Wittlich Gesamt Differenz t0-t1	-26,34%	3,57%	56,81%	-50,50%
Differenz Entwicklung Intervention zu KH Wittlich Gesamt in Prozentpunkten	-37,59%	-47,29%	95,40%	-11,07%

Quelle: Daten des Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich 2010 (Jan.-Dez.) bis 2012 (Jul. 2011-Jun. 2012)

Für die Einführung der Aufgabenumverteilung und des Versorgungsmanagements in der Interventionsabteilung „Gastroenterologie, Kardiologie, Pulmologie“ des Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich im Rahmen des vorliegenden Modellprojektes kann somit abschlie-

ßend festgestellt werden, dass positive Effekte der Intervention bei der Entwicklung des Personalmixes und der Personalkosten und bei der Entwicklung der Sachkosten und der durchschnittlichen Fallkosten beobachtet werden konnten. Auch Leistungsdaten, wie die Entwicklung der Fallzahlen, des Nutzungsgrades, der durchschnittlichen Verweildauer, der Summe der Bewertungsrelationen und der PPR Minuten zeigen eine günstige Entwicklung. Die Interventionsabteilung „Gastroenterologie, Kardiologie, Pulmologie“ konnte durch die Intervention ihre Produktivität steigern, ohne dass dies einen ungünstigen Einfluss auf den krankheitsbedingten Ausfall bei den Mitarbeitenden hatte.

4. ZUSAMMENFASSENDE BEWERTUNG

Die Durchführung von Modellprojekten in drei Krankenhäusern in Rheinland-Pfalz zur Aufgabenneuverteilung und zum Versorgungsmanagement ist eingebunden in die Initiative des Landes Rheinland-Pfalz zur Stärkung der Pflege im Krankenhaus. Positive Effekte für die Berufsgruppe der Pflegenden, so ein Ziel, sollten insbesondere durch eine größere Eigenständigkeit der Pflegefachpersonen unter Sicherstellung der Versorgungsqualität erreicht werden. Aus Sicht der Krankenhausträger interessieren nicht zuletzt ökonomische Effekte. Die Neustrukturierung von Aufgaben und Tätigkeiten im ärztlichen und pflegerischen Dienst von Krankenhäusern ist eine wesentliche Handlungsoption zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten und leistungsfähigen stationären Versorgung.

Diesen Herausforderungen haben sich die drei im Modellprojekt versammelten Krankenhäuser, das Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern, das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier und das Verbundkrankenhaus Berncastel/Wittlich, gestellt und Konzepte zur Aufgabenreorganisation und zum Versorgungsmanagement entwickelt. Im Rahmen der Modellprojekte wurden Schritte in Richtung auf eine Stärkung der Verantwortung für die Pflegefachpersonen getan sowie zusätzliche Entscheidungsspielräume für Pflegefachpersonen eröffnet. Die zusammenfassende Bewertung der quantitativen und qualitativen Daten zur Perspektive der pflegerischen und ärztlichen MitarbeiterInnen fällt differenziert aus.

Ausgehend von der Dekubitusinzidenz als pflegerischem Qualitätsindikator ist die Versorgungsqualität im Zuge der Restrukturierungsmaßnahmen gleichgeblieben, bzw. hat sich sogar verbessert. Auch blieben die Werte der Patientenzufriedenheit im Verlauf des Projektes weitgehend unverändert. Allerdings darf die Aussagekraft dieser beiden Indikatoren nicht überschätzt werden. Zwar gab es keine anderweitigen Hinweise auf eine Absenkung der Versorgungsqualität, jedoch sehen Pflegefachpersonen – nicht zuletzt im Zusammenhang mit dem wahrgenommenen enormen Zeitdruck – die Versorgungsqualität potentiell als gefährdet an. Auch der Einsatz von unterstützendem Personal - der von den Pflegefachpersonen in den beteiligten Modellkrankenhäusern grundsätzlich positiv eingeschätzt wird - birgt in Zeiten hohen Arbeitsanfalls die Gefahr, dass Aufgaben an diese Personengruppen gegeben werden, für die sie nicht qualifiziert sind. Diese Beobachtung der Pflegefachpersonen findet

sich in ähnlicher Weise in jenen Ländern, die bereits seit Jahren Assistenzkräfte einsetzen (Hanrock & Campell, 2006; Spilsbury & Meyer, 2004).

Die grundsätzliche Einschätzung hinsichtlich der prozessualen Auswirkung der Umstrukturierungen sowohl bezogen auf die Aufgabenneuverteilung als auch das Versorgungsmanagement fällt übereinstimmend, d.h. sowohl von den PatientInnen als auch dem medizinischen und ärztlichen Personal, positiv aus und stellt eine Bestärkung des eingeschlagenen Weges dar. Die Effekte sind angesichts der vorliegenden Daten nur schwer den verschiedenen von den Modellkrankenhäusern realisierten Konzepten differenziert zuzuordnen. Es zeigt sich aber, dass jene Innovationen sich positiv auswirken, die dazu beitragen, dass Wartezeiten sowohl von PatientInnen als auch von professionellen Berufsgruppen (jeweils aufeinander) reduziert werden. In Bezug auf die Neuverteilung von Aufgaben ergeben sich diese Effekte nicht zuletzt dann, wenn Pflegefachpersonen sich innerhalb eines definierten Handlungsrahmens verantwortlich frei bewegen können. Ein erfolgreiches Versorgungsmanagement gelingt nur, wenn ausreichende Möglichkeiten zur Systemsteuerung gegeben sind. Dies wiederum setzt eine enge interdisziplinäre Abstimmung voraus. Interdisziplinäre Dissonanzen behindern diesen Prozess. Es zeigt sich, dass auch in den Modellprojekten noch Potential offen ist. In allen Modellkrankenhäusern berichten die Pflegefachpersonen von nicht befriedigend funktionierendem Entlassungsmanagement.

Der teilweise beklagten Unklarheit hinsichtlich der jeweiligen neuen Zuständigkeiten ist gegenzusteuern. Gleichwohl verwundert sie in einem Restrukturierungsprozess nicht und wird sich voraussichtlich mit dem Aufbau neuer Routinen deutlich reduzieren.

Vor Beginn der Umstrukturierungen bewegten sich die Einstellungen und Überzeugungen der beteiligten Pflegefachpersonen und ÄrztInnen weitgehend im traditionellen Rahmen. Erkennbar wird eine stärker auf das Patientenwohl ausgerichtete pflegerische Grundhaltung verglichen mit einer eher ‚technischen‘ Ausrichtung der ärztlichen InterviewpartnerInnen. Die pflegerische Patientenorientierung fokussiert insbesondere die Beachtung psychosozialer Bedürfnisse. Im Spiegel allgemeiner Erwartungen formulieren die ÄrztInnen ein altruistisch ausgerichtetes Berufsbild. Jedoch zeigt sich, dass der Kontakt zu den PatientInnen einerseits durchaus ambivalent gesehen wird und zudem teilweise eine gemeinsame Kommunikationsebene mit PatientInnen nicht erreicht wird, so dass es einer Übersetzung durch Pflegende bedarf, damit die ärztliche Information für diese verständlich wird. Der Spaß an der technischen Seite des Arztberufes mag ein Hinweis darauf sein, dass Logik, Beherrschbarkeit und Kontrolle der Vorzug gegeben wird. Die Auseinandersetzung mit eher undurchsichtigen alltagsweltlichen Bezügen der PatientInnen wird an Pflegende delegiert und erinnert unmittelbar an die Diskussion der Hausarbeitsnähe der Pflege aus den 1980er Jahren (Ostner & Beck-Gernsheim, 1981). Es ist wenig erstaunlich, dass diese Aspekte des ärztlichen Selbstverständnisses durch die Modellprojekte nicht beeinflusst werden.

Im Verlauf der Ausbildung werden angehende Pflegende einerseits in Orientierung auf das Patientenwohl, andererseits auf Erlangung von Handlungsfähigkeit ausgerichtet (Kersting, 2013). Das naturwissenschaftlich ausgerichtet Studium trägt demgegenüber dazu bei, die

angehenden MedizinerInnen von einer am Menschen orientierten Ausrichtung zu entfernen. Stattdessen entwickeln sich ein Interesse an wissenschaftlichen und technischen Dimensionen von Diagnostik und Therapie (Buser & Kaul-Hecker, 2003). Diese unterschiedlichen Ausrichtungen sind zwar Anlass für Reibungen, gleichwohl entsteht in den Interviews vor Projektbeginn der Eindruck, dass die Beteiligten sich in diesen Rollen eingerichtet haben. Die formale hierarchische Einordnung von ÄrztInnen und Pflegefachpersonen bleibt im Projektverlauf unverändert. Gleichwohl zeigen sich von beiden Seiten positive Entwicklungen im Sinne einer Verbesserung der vielfach geforderten (Alscher et al., 2010; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007) und im Projekt angestrebten interprofessioneller Zusammenarbeit. So sind Pflegefachpersonen selbstbewusster geworden, zeigen eine größere Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme und bringen sich aktiver in den interprofessionellen Kommunikationsprozess ein. Ärztlicherseits wird der Einschätzung einer Patientensituation durch Pflegefachpersonen zum Projektende eine etwas höhere Bedeutung als vor dem Projektzeitraum zugemessen, verbunden mit einer verstärkten Bereitschaft zum interprofessionellen Dialog, so dass anstehende Entscheidungen eher gemeinsam besprochen werden. Auch ist die Aufmerksamkeit für Kommunikationsstörungen geschärft und es wird gezielter nach Lösungsansätzen gesucht.

Durch den verstärkten Einsatz von Assistenz- und Servicekräften ist eine zusätzliche Hierarchiestufe aufgebaut worden. Im Sinne einer Unterstützung wird der Einsatz von Assistenzpersonen durch Pflegefachpersonen begrüßt. Jedoch stellen die damit verbundenen Kontrollaufgaben eine zusätzliche Belastung dar. Die Pflegefachpersonen sind nichtsdestotrotz bereit, diese Gruppe zu integrieren und betonen ihr Bemühen um einen respektvollen und wertschätzenden Umgang mit diesen MitarbeiterInnen.

Im internationalen Vergleich sehen abgestufte Qualifikationskonzepte auch den Einsatz spezifisch qualifizierter PflegeexpertInnen vor. Übertragen auf deutsche Verhältnisse wäre hier der Einsatz von akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen anzusetzen. Von dieser Gruppe ist zu erwarten, dass sie eher in der Lage sind, die eigenen Handlungsweisen zu reflektieren, methodisch strukturierter vorzugehen, flexibel auf unterschiedliche Bedarfe zu reagieren und bei Problemen schneller zu Lösungen zu kommen (Buschfeld & Dilger, 2012). Das Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich hat als Projektbegleiter und Versorgungsmanager, das Brüderkrankenhaus Trier ebenfalls in der Projektbegleitung hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen eingesetzt. Das Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern hat sich demgegenüber gegen die Einbindung von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen entschieden und hat stattdessen den Bereich Service und Pflegeassistenz besonders stark ausgebaut. In diesem Zusammenhang fällt auf, dass im Westpfalzkrankenhaus das größte Konfliktpotential sichtbar wurde und in der Interventionsphase ein hoher Krankheitsstand zu verzeichnen war.

Vor Beginn der Restrukturierungen hat für Pflegende die Orientierung ihres Handelns am Organisationsablauf eine hohe Bedeutung. Ziel ist es, bis zum Schichtende die anfallende Arbeit, gleichsam losgelöst vom Anlass, ‚wegzuschaffen‘. Die kontextbezogene Einordnung anfallender Aufgaben, wie sie sich im Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich nach Ab-

schluss des Projektes zeigt, bildet eine erfreuliche Entwicklung ab und steht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Einführung des Bezugspflegekonzeptes. Zentrales Element dieses Konzeptes ist die Übernahme der Verantwortung für die Pflege und Versorgung spezifischer ausgewiesener PatientInnen durch die Bezugspflegeperson (Manthey, 2005). Die Pflegefachpersonen haben diese Aufgabe und die damit verbundene Verantwortung an- bzw.-übernommen. Aufgaben werden nun auf der Folie dieses Verantwortungsrahmens eingeordnet und bekommen dadurch eine offensivere Ausrichtung auf ein sachlich und patientennah begründetes Ziel.

Zudem erleben die Pflegefachpersonen, dass die PatientInnen Vertrauen zu ihrer Bezugspflegeperson aufbauen und sich mit ihren Anliegen an sie wenden. Zusammen mit den damit verbundenen breiter aufgestellten Kenntnissen zur individuellen Patientensituation sind positive Auswirkungen auf die Versorgungsqualität zu erwarten. Insgesamt kann die Einführung des Bezugspflegemodells als erfolgreich bewertet werden.

Neben der technischen Ausrichtung nimmt auch die ausgeprägte Weiterbildungsorientierung einen übergeordneten Stellenwert im Berufsverständnis der MedizinerInnen ein. Demgegenüber findet sich der Gedanke der Fort- und Weiterbildung in den Aussagen der Pflegenden kaum. Diese Differenz mag strukturelle Gründe haben, sind die ÄrztInnen in den Krankenhäusern doch zur Weiterbildung verpflichtet, entweder als Weiterzubildende (AssistenärztInnen) oder als Weiterbildner (OberärztInnen und ChefärztInnen). Eine entsprechende Verpflichtung zur Weiterbildung gibt es für Pflegenden aktuell nicht. Gleichwohl fällt deren kaum wahrnehmbares Interesse an Fort- und Weiterbildung vor Beginn der Projekte auf. Nach Abschluss der Projekte zeigt sich ein tendenziell größeres Interesse an neuen Wissensinhalten.

Nicht verwunderlich ist, dass Restrukturierungen im Sinne einer Aufgabenneuverteilung und der Einführung eines Versorgungsmanagements, in denen Rollen und Zuordnungen der beteiligten Berufsgruppen neu definiert werden müssen, Konflikte und Konkurrenz auslösen können. Im vorliegenden Projekt nehmen Ärztinnen und Ärzte Pflegefachpersonen teilweise als Konkurrenz um organisatorischen und inhaltlichen Einfluss wahr. Neben persönlichen Ängsten mag dies auch durch zahlreiche kritische Stellungnahmen zur Aufgabenneuverteilung von Seiten der Verbände und Ärztekammern (u.a. Bundesärztekammer, 2008) beeinflusst worden sein.

Im Ergebnis ist jedoch festzuhalten, dass beide Berufsgruppen, Pflege und Medizin, sich aufeinander zubewegt haben. Dies gilt sowohl im Hinblick auf Einstellungen und Erwartungen als auch im Hinblick auf den wahrgenommenen Arbeitszusammenhang.

In der zusammenfassenden Bewertung im Rahmen der ökonomischen Evaluation des Modellvorhabens kann festgestellt werden, dass es den Einrichtungen in unterschiedlicher Weise gelungen ist, durch ihre Interventionen ihre Leistungsfähigkeit zu beeinflussen. Im Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern und im Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich konnten durch die Interventionen der Ressourcenverbrauch stabilisiert werden, obwohl die erbrachten Leis-

tungen stiegen. Dies führte zu einer verbesserten Produktivität. Dagegen wurde im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Trier Möglichkeiten, weitere Ressourcen in die Versorgung zu geben, genutzt. Zudem gelang es im Beobachtungszeitraum nicht, veränderte Aufgabenzuweisungen zwischen den Berufsgruppen in veränderten Budgetansätzen zu spiegeln.

Die Erwartung, dass eine konzeptionell durchdachte Neuordnung von Tätigkeiten erfolgreich gelingen kann (Offermanns et al., 2010), zeigt sich bestätigt. Auch die Schaffung neuer Berufsgruppen, wie AssistentInnen, die das Ziel hat, die Fachkräfte in der Pflege und Medizin von Tätigkeiten zu entlasten, die nicht unmittelbar mit ihrer originären Tätigkeit zu tun haben, erscheint erfolgsversprechend. In dieses Tätigkeitsspektrum fallen beispielsweise für die Pflege Essenbestellungen, hauswirtschaftliche Tätigkeiten oder Beschäftigungsmaßnahmen. Diese Entwicklung wird sich voraussichtlich in den nächsten Jahren fortsetzen (Schmidt, 2012).

Vor dem Hintergrund steigender Fallzahlen und der immer kürzer werdenden Verweildauer gewinnt ein bedarfsgerechter und ökonomisch geplanter Einsatz von MitarbeiterInnen in der Pflege und Medizin an Bedeutung (Isfort & Weidner, 2010). Die durchschnittlichen Fallkosten lagen im Bundesdurchschnitt im Jahr 2011 bei 3.960 Euro. Im Jahr 2010 betrug die durchschnittlichen Fallkosten bundesweit noch 3.862 Euro – folglich sind die Kosten um rund vier Prozent gestiegen (Statistisches Bundesamt, 2012b). Für mehrere intervenierende Abteilungen im Modellprojekt kann demgegenüber eine deutlich günstigere Entwicklung festgestellt werden. So muss für das Brüderkrankenhaus Trier zwar von deutlich gestiegenen durchschnittlichen Fallkosten, nicht zuletzt durch Ausschöpfung des Sonderprogramms Pflege, berichtet werden. Dabei zeigt sich allerdings für die Interventionseinrichtung 3d eine deutlich günstigere Entwicklung als für das Brüderkrankenhaus Trier insgesamt. Für die Interventionseinrichtung im Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern und dem Verbundkrankenhaus Wittlich kann festgestellt werden, dass die durchschnittlichen Fallkosten – anders als im jeweils gesamten Westpfalzkrankenhaus respektive Verbundkrankenhaus Wittlich und im bundes- und landesweiten Trend – sogar gesunken sind.

Ein Problem und prägendes Merkmal für die Personalsituation im Krankenhaus ist die hohe Personalfuktuation. So beträgt die durchschnittlich Verweildauer von Gesundheits- und KrankenpflegerInnen im Durchschnitt etwa 13,7 Jahre (Freiling, 2011). Durch eine planvolle und strukturierte Umsetzung von Delegation und Aufgabenzuteilung soll eine Entlastung von ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erreicht, also nicht zuletzt auch der Grundstein für den Rückgang von Personalausfall und -fuktuation gelegt werden. Für die Einrichtungen selber kann die Anwendung von Delegation und Aufgabenzuteilung eine Chance sein, Arbeitsprozesse zu analysieren und gegebenenfalls neu zu strukturieren. Bei den Mitarbeitenden kann durch eine langfristig geplante und durchdachte Umsetzung von Delegation und Aufgabenzuteilung die Arbeitszufriedenheit steigen. Tatsächlich ist es in den Einrichtungen im Brüderkrankenhaus Trier und im Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich gelungen, die Fuktuation und den Ausfall von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Zeitraum der Intervention positiv zu beeinflussen. Dies führt wohlmöglich zu weiteren posi-

tiven Effekten, die allerdings aufgrund der knappen Beobachtungszeit nicht im Rahmen der vorliegenden Analyse aufgenommen werden können.

Die vorliegenden Ergebnisse beruhen auf einem Mixed Method Ansatz. Dieser Ansatz ermöglicht es, die Wirkungen der Restrukturierungen aus unterschiedlichen Perspektiven zu betrachten. Gleichwohl erlaubt er nicht die Ableitung von kausalen Zusammenhängen. Im Fazit ergibt sich aber ein zusammenhängendes Gesamtbild. Die Umstrukturierungen haben sich überwiegend als erfolgreich gezeigt und bestätigen damit internationale Erfahrungen (im Überblick: Stemmer et al., 2008). Es scheint mit Gewinn für alle Seiten möglich, Aufgaben im Krankenhaus neu zu verteilen, teure Personalarten gezielter einzusetzen und den Pflegefachpersonen einen erweiterten Entscheidungs- und Handlungsspielraum zu geben. Dies ist besonders erfolgreich, wenn zugleich ein gezieltes Versorgungsmanagement eingeführt wird. Dabei sind die Belastungen im Zusammenhang mit der Personalausstattung in quantitativer und qualitativer Hinsicht gezielt zu beobachten. Ein neuer Qualifikationsmix nur im Sinne von Downgrading ist kritisch zu bewerten. Zu bedenken ist auch, dass die Modellprojekte auf der Organisationsebene angesiedelt waren und von daher systematische Probleme im Gesundheitswesen damit nicht angegangen werden können.

5. EMPFEHLUNGEN

Der Auftrag des Sozialministeriums Rheinland-Pfalz sieht die Erarbeitung von Empfehlungen zur Aufgabenneuverteilung, zur diesbezüglichen Änderung von Berufsgesetzen und des Weiterbildungsrechts sowie die Erarbeitung von Empfehlungen zum Versorgungsmanagement vor. Die nachfolgenden Empfehlungen beruhen auf einer Zusammenschau der empirischen Ergebnisse der rheinland-pfälzischen Modellprojekte und einschlägiger Literatur.

- **Übertragung von Aufgabenkomplexen auf Pflegefachpersonen weiterentwickeln.**
Die in den Projekten vorgenommene Neuausrichtung von Aufgaben im Schnittstellenbereich von Medizin und Pflege ist weitgehend orientiert an Einzeltätigkeiten wie Blutentnahme, Anhängen von Infusionen und der Applikation von intravenösen Medikamenten durch Pflegefachpersonen. In Verbindung mit Schulungsmaßnahmen haben sich diese Umverteilungen als machbar, förderlich für den Prozessablauf und ökonomisch effektiv gezeigt. Im Zusammenhang mit einer entsprechender Qualifizierung und Begleitung bei der Implementierung ist die Bereitschaft der Pflegefachpersonen in den Modellkrankenhäusern zur Übernahme von Verantwortung deutlich gestiegen. Dies widerspricht einem häufig geäußerten Argument, dass die Pflegefachpersonen nicht bereit seien, Verantwortung zu übernehmen. Stattdessen zeigt sich, dass die Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme mit der entsprechenden Qualifizierung und der Zuweisung von Verantwortung steigt. Auch eine Expertengruppe der Robert-Bosch-Stiftung sieht Pflegefachpersonen verstärkt in der selbstverantwortlichen Entscheidung für komplexe Pflegesituationen (Robert Bosch Stiftung, 2000). So sollte der Blick ins Ausland Mut machen, sich von der Orientierung an Einzeltätigkeit-

ten zu lösen und Aufgabenkomplexe aus dem Bereich von Diagnostik und Therapie, z.B. entlang von Behandlungspfaden, auf Pflegefachpersonen zu übertragen. Nicht zuletzt in Verbindung mit hochschulischer Qualifikation von Pflegefachpersonen ist die potentielle Erweiterung von Entscheidungs- und Handlungsspielräumen auch aus juristischer Sicht gegeben (Böhme, 2008).

- **Pflegeunterstützendes Personal verantwortlich einsetzen.**

Der Einsatz von Assistenz- bzw. Servicepersonal im Schnittstellenbereich von Pflege und Hauswirtschaft stellt eine Entlastung für Pflegefachpersonen dar. Gleichwohl ist sorgfältig zu prüfen, mit welchen Aufgaben diese Gruppe betraut werden kann und sollte. Wenn es um den Servicebereich geht, ist deren Einsatz unstrittig. Problematisch wird es, wenn umfangreiche patientennahe Tätigkeiten delegiert werden. Der Krankenhausaufenthalt von PatientInnen wird meist erforderlich, weil neben der ärztlichen Behandlung umfassende Pflege oder eine kontinuierliche Überwachung notwendig sind (Bartholomeyczik, 2007). Der Zusammenhang von Pflegekapazität (quantitative und qualitative [Pflege-]Personalausstattung) und Patientensicherheit ist belegt (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (Hrsg.), 2006; Rafferty et al., 2007; Aiken, Clarke, Silber, & Sloane, 2003). So stellt sich nicht zuletzt die Frage nach der Relation zwischen Assistenzpersonal und Pflegefachpersonen. Der Ersatz von Pflegefachpersonal durch Assistenzpersonal ist als kritisch anzusehen. Schon heute geben mehr als 56% der Pflegenden in deutschen Krankenhäusern an, dass die Besetzung der Schicht mit examiniertem Pflegepersonal nicht ausreicht. Mehr als jede/r zweite Befragte im Pflege thermometer zur Situation der Krankenhauspflege gibt an, dass es in den letzten sieben Tagen zu sicherheitsrelevanten Mängeln gekommen sei (Isfort et al., 2011).

- **Neuverteilung von Aufgaben und Versorgungsmanagement gemeinsam umsetzen**

Bei dem Blick auf das Versorgungsmanagement hat sich im Projekt insbesondere die Verbindung eines übergeordneten Versorgungsmanagements mit einem patientenbezogenen System, z.B. der Bezugspflege bewährt. Dabei sollten Maßnahmen der Neuverteilung von Aufgaben und des Versorgungsmanagements gemeinsam angegangen werden, da, so auch Offermanns et al. (2010) sich das vollständige Potential erst im Zusammenwirken entfaltet.

- **Die Möglichkeit der Qualifizierung zur Übernahme heilkundlicher diagnosebezogener Tätigkeiten - auch über Weiterbildungsangebote – vorantreiben.**

Empfehlungen zur Änderung von Berufsgesetzen und des Weiterbildungsrechts lassen sich auf der Grundlage des Gesamtprojektes und der Datenlage nur indirekt ableiten, da sich alle Teilprojekte strikt innerhalb des aktuellen rechtlichen Rahmens bewegten und von daher Aufgabenübertragungen wie sie etwa in den „Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen

Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011) vorgeschlagen werden, nicht zum Tragen kamen. Doch auch wenn der Grad der Selbstständigkeit der Pflegefachpersonen in den Projekten den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nicht in vollen Umfang entsprach, wurden doch Schritte in Richtung auf eine Ausweitung des Entscheidungsspielraumes getan. Die aus pflegewissenschaftlicher Sicht sinnvolle Richtung ist in Teil 1 der G-BA-Richtlinien, der diagnosebezogen die Übertragung von Tätigkeiten auf Berufsangehörige der Pflegefachberufe regelt, gebahnt, auch wenn diese Richtlinie im Hinblick auf hochschulische Qualifizierung als zu eng einzuschätzen ist (Stemmer & Korporal, 2012). In Abgrenzung zu den dortigen Vorgaben erscheint es zudem sinnvoll, die Qualifizierung zur Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten nicht ausschließlich an die Erstausbildung zu knüpfen, sondern auch den Weg über Weiterqualifizierungsmaßnahmen zu eröffnen.

- **Die gegenseitige Bedingtheit von Aufgabenzuschnitt und Einstellung zur Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit nutzen**

Eine funktionierende interprofessionelle Kooperation der beiden Hauptberufsgruppen in der Patientenversorgung ist unter den sich verändernden Rahmenbedingungen besonders wichtig. Mangelnde Zusammenarbeit reduziert die potentiell erreichbaren Effekte von Restrukturierungsmaßnahmen und gefährdet die Versorgungsqualität. So stellt auch das Sachverständigengutachten von 2007 die Forderung nach einer verbesserten Kooperation aller Gesundheitsberufe auf, um gemeinsam eine effizientere und effektivere Leistungserstellung erreichen zu können (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007). Neben Fragen der Qualifizierung können Versorgungskonzepte ebenso wie geeignete institutionelle Voraussetzungen einen Beitrag zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit leisten (Zwarenstein et al., 2009). In den vorliegenden Modellprojekten konnte das Zusammenwirken partiell verbessert werden. Als hilfreich haben sich neben strukturellen Veränderungen wie der Einführung des Versorgungsmanagements und der Bezugspflege durch die Projekte angestoßene Entwicklungen auf der Ebene der handlungsleitenden Einstellung und Haltung (Schwarz-Govaers, 2005) erwiesen. Das gestärkte Selbstbewusstsein der Pflegefachpersonen einerseits und die Erwartung der ÄrztInnen, in den Pflegefachpersonen kompetente AnsprechpartnerInnen zu haben andererseits, können unmittelbar mit den Veränderungen in den Projekten in Verbindung gebracht werden.

- **Aufgabenumverteilung im Budget abbilden**

Die Arbeitsbedingungen insbesondere im Zusammenhang mit der zur Verfügung stehenden Zeit haben sich als ausgesprochen angespannt gezeigt. In der Wahrnehmung der Interviewten aus dem Pflegesektor ist durch die Restrukturierung eine Belastungsobergrenze erreicht. Dies ist fatal, da einerseits die extreme Belastung dazu beiträgt, dass Pflegenden mit dem Gedanken spielen, den Beruf zu verlassen und sich

dadurch der Fachkräftemangel erhöht (Isfort et al., 2011). Andererseits bleibt kaum Zeit für wichtige Aufgaben wie Schulung und Beratung von PatientInnen und Angehörigen. Die Intensivierung von Beratung und damit die Förderung der Selbstständigkeit der PatientInnen sind aber als Vorbereitung auf eine frühzeitige Entlassung extrem wichtig. Die Krankenhausträger sind aufgefordert diese Situation nicht hinzunehmen, sondern dafür zu sorgen, dass sich die Umverteilung von Aufgaben auch im Budget abbildet.

- Afentakis, A. & Maier, T. (2010). Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/ProjektionPersonalbedarf112010_property=file.pdf (Abruf: 07.12.2010) [On-line].
- Agency for Healthcare Research and Quality (2003). AHRQ Quality Indicators. Guide to Patient Safety Indicators. <http://www.qualityindicators.ahrq.gov> (Abruf: 10.05.2010) [On-line].
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Silber, J. H., & Sloane, D. (2003). Hospital nurse staffing, education, and patient mortality. *LDI.Issue.Brief.*, 9, 1-4.
- Alscher, D., Büscher, A., Dielmann, G., Hopfeld, M., Igl, G., Höppner, H. et al. (2010). *Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe*. Stuttgart.
- AQUA Institut Göttingen (2013). Dekubitusprophylaxe. <https://www.sgg.de/ergebnisse/leistungsbereiche/dekubitusprophylaxe.html> (Abruf: 05.11.2013) [On-line].
- Bartholomeyczik, S. (2007). Kurze Verweildauer im Krankenhaus - die Rolle der Pflegenden. *Pflege & Gesellschaft*, 12, 135-149.
- Bergmann, B. (2007). Selbstkonzept beruflicher Kompetenz. In J.Erpenbeck & L. v. Rosenstiel (Eds.), *Handbuch Kompetenzmessung* (2 ed., pp. 194-223). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Böhme, H. (2008). Hintergrundinformation: Rechtswissenschaftliche Grundlagen. In R.Stemmer, M. Haubrock, & H. Böhme (Eds.), *Gutachten zu den zukünftigen Handlungsfeldern in der Krankenhauspflege* (pp. 231-290). Mainz.
- Bostelaar, R. & Pape, R. H. (2008). *Case Management im Krankenhaus. Das Kölner CM-Modell in Theorie und Praxis*. Hannover: Schlütersche.
- Bundesärztekammer (2008). Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft - Ulmer Papier - Beschluss des 111. Deutschen Ärztetages 2008 -. <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/UlmerPapierDAET111.pdf> (Abruf: 10.07.2008) [On-line].
- Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Educ.Today*, 11, 461-466.
- Buschfeld, D. & Dilger, B. (2012). Gleichwertigkeit von beruflicher und akademischer Bildung im Lichte der Kompetenzorientierung - Erfahrungen und Diskussionspunkte aus Forschungs- und Entwicklungsprojekten. http://www.bwpat.de/archiv/bwpat_ausgabe23.pdf (Abruf: 10.10.2013) [On-line].
- Buser, K. & Kaul-Hecker, U. (2003). *Kurzlehrbuch. Medizinische Psychologie. Medizinische Soziologie*. (5 ed.) München: Urban&Fischer.
- Ciesinger, K.-G., Goesmann, C., Klatt, R., Lisakowski, A., & Neuendorf, H. (2011). Alten- und Krankenpflege im Spiegel der öffentlichen Wahrnehmung. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung zur Wertschätzung zweier Dienstleistungsberufe. http://www.berufe-im-schatten.de/data/bis_tabellenband_pflege_2011.pdf (Abruf: 27.11.2012) [On-line].

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (2013). Standards und Richtlinien. www.dgcc.de (Abruf: 12.11.2013) [On-line].

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2012). Eckdaten der Krankenhausstatistik. http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/62/aid/9845/start/10/title/Krankenhausstatistik_2011 (Abruf: 30.11.2012) [On-line].

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. (2010). Position des DBfK zur Neuordnung von Aufgaben im Krankenhaus. http://www.dbfk.de/download/download/Position-DBfK-zu-Delegation-im-Krankenhaus_2010-03-29-final.pdf (Abruf: 10.10.2013) [On-line].

Eichler, D. & Merkens, H. (2006). Organisationsforschung mit qualitativen Methoden - Erfahrungen aus der Evaluation eines freien Jugendhilfeträgers. In U.Flick (Ed.), *Qualitative Evaluationsforschung* (pp. 301-318). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Ewers, M. (2010). *Einführung in das Case Management. 4. Studententext des weiterbildenden Fernstudiums 'Angewandte Gesundheitswissenschaften'*. Bielefeld: Universität Bielefeld.

Ewers, M. & Schaeffer, D. H. (2005). *Case Management in Theorie und Praxis*. Bern: Huber.

Freiling, T. (2011). Demographische Entwicklungstrends und Auswirkungen auf die Pflegewirtschaft. In H.Loebe & E. Severing (Eds.), *Zukunftsfähig im demographischen Wandel. Herausforderungen für die Pflegewirtschaft* (pp. 9-26). Bielefeld: Bertelsmann.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2011). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V. http://www.g-ba.de/downloads/62-492-600/2011-10-20_RL-63Abs3c.pdf (Abruf: 07.05.2012) [On-line].

Gerst, T. & Hibbeler, B. (2010). Nichtärztliche Fachberufe im Krankenhaus. Hilfe oder Konkurrenz? *Deutsches Ärzteblatt*, 107, A 596-A 599.

Hanrock, H. & Campell, S. (2006). Developing the role of the healthcare assistant. *art & science research*, 20, 35-41.

Hasselhorn, H. M., Müller, B. H., Tackenberg, P., Kümmerling, A., & Simon, M. (2005). *Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*. Dortmund/Berlin/Dresden.

Hellmann, W. (2002). *Klinische Pfade: Konzepte, Umsetzung, Erfahrungen*. Landsberg/Lech: Ecomed.

Hessenauer, F. (2010). Vorsicht vor gutgemeinten Ideen. *Ärzteblatt Rheinland-Pfalz*, 6, 4.

Igl, G. (2008). *Weitere öffentlich-rechtliche Regulierung der Pflegeberufe und ihrer Tätigkeit*. München: Urban & Schwarzenberg.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (Hrsg.) (2006). Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung - eine systematische Übersicht. https://www.iqwig.de/download/Arbeitspapier_Zusammenhang_zwischen_Pflegekapazitaet_und_Ergebnisqualitaet_in_der_stationaeren_Versorgung_.pdf (Abruf: 10.10.2008) [On-line].

- Isfort, M. & Weidner, F. (2010). Pflege-Thermometer 2009. http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf (Abruf: 30.11.2012) [On-line].
- Isfort, M., Weidner, F., Neuhaus, A., Brüche, R., Kraus, S., Köster, V. et al. (2011). Zur Situation des Pflegepersonals in deutschen Krankenhäusern - Ergebnisse des Pflege-Thermometers 2009. *Pflege & Gesellschaft*, 16, 5-19.
- Kelle, U. & Erzberger, C. (2006). Stärken und Probleme qualitativer Evaluationsstudien - ein empirisches Beispiel aus der Jugendhilfeforschung. In U.Flick (Ed.), *Qualitative Evaluationsforschung* (pp. 284-300). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Kelly-Heidenthal, P. & Marthaler, M. (2008). *Pflege delegieren*. Bern: Huber.
- Kersting, K. (2013). *"Coolout in der Pflege"*. (3 ed.) Frankfurt am Main: Mabuse.
- Löcherbach, P. & Schu, M. (2009). Personal- und Organisationsentwicklung. In W.-R.Wendt & P. Löcherbach (Eds.), *Standards und Fachlichkeit im Case Management* (pp. 205-236). München: Economica.
- Manthey, M. (2005). *Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem*. Bern: Huber.
- Ministerium für Soziales, A. G. u. D. (2013). Fachkräftesicherung in Gesundheit und Pflege. [.rlp.de/demografie/landesplanung-landliche-raeume-daseinsvorsorge/gesundheitsversorgung-und-pflege/fachkraeftesicherung-in-gesundheit-und-pflege/?Fsize=&print=1&cHash=46da07bac15b6cdaed1fe4ca2a24f40b](http://www.rlp.de/demografie/landesplanung-landliche-raeume-daseinsvorsorge/gesundheitsversorgung-und-pflege/fachkraeftesicherung-in-gesundheit-und-pflege/?Fsize=&print=1&cHash=46da07bac15b6cdaed1fe4ca2a24f40b) (Abruf: 02.11.2013) [On-line].
- Nübling, M., Stöbel, U., Hasselhorn, H.-M., Michaelis, M., & Hofmann, F. (2005). *Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen*. Dortmund/Berlin/Dresden.
- Offermanns, M. & Neiheiser, R. (2010). Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes. *Das Krankenhaus*, 102, 825-830.
- Ostner, I. & Beck-Gernsheim, E. (1981). *Mitmenschlichkeit als Beruf*. Frankfurt am Main: Campus.
- Ostwald, D., Ehrhardt, T., Bruntsch, F., Schmidt, H., & Friedl, C. (2010). Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/PwC-Studie_Fachkraeftemangel-im-Gesundheitswesen.pdf (Abruf: 12.07.2012) [On-line].
- Pfaff, H., Freise, D. C., Mager, G., & Schrappe, M. (2001). *Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeuten*. (Rep. No. 1). Köln: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Sozialhygiene der Universität zu Köln.
- Pfaff, H., Steffen, P., Brinkmann, A., Nitzsche Anika, & Scheibler, F. (2004). *Der Kölner Patientenfragebogen (KPF). Kennzahlenbuch*. Köln.
- Rafferty, A. M., Clarke, S. P., Coles, J., Ball, J., James, P., McKee, M. et al. (2007). Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *Int.J.Nurs.Stud.*, 44, 175-182.
- Reibnitz, C. v. H. (2009). *Case Management - praktisch und effizient*. Heidelberg: Springer Medizin.

Ribbert-Elias, J. (2011). Die Implementierung von Case Management als Organisationsaufgabe. *Management*, 8, 174-180.

Robert Bosch Stiftung (2000). *Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung*. Stuttgart: Schattauer.

Roßbruch, R. (2003). Zur Problematik ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegefachpersonal auf Allgemeinstationen unter besonderer Berücksichtigung zivilrechtlicher, arbeitsrechtlicher und versicherungsrechtlicher Aspekte. *Pflegerecht*, 7, 95-102-139-149.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Langfassung. <http://www.svr-gesundheit.de> (Abruf: 08.08.2007) [On-line].

Schmidt, R. (2012). Fachkräfteentwicklung und professionelle Anforderungsprofile in der Pflege und Begleitung. In U. Betig, M. Frommelt, & R. Schmidt (Eds.), *Fachkräftemangel in der Pflege. Konzepte, Strategien, Lösungen* (pp. 19-31). Heidelberg: Medhochzwei.

Schwarz-Govaers, R. (2005). *Subjektive Theorien als Basis von Wissen und Handeln*. Bern.

Seyfarth-Metzger, I. & Vogel, S. (2002). Patientenpfade - interdisziplinäre Rahmenbedingungen und Erfahrungen. In W. Hellmann (Ed.), *Klinische Pfade. Konzepte, Umsetzung, Erfahrungen* (pp. 19-37). Landsberg/Lech: Ecomed.

Spilsbury, K. & Meyer, J. (2004). Use, misuse and non-use of health care assistants: understanding the work of health care assistants in a hospital setting. *J Nurs Manag.*, 12, 411-418.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010). Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. http://www.statistik-portal.de/statistik-portal/demografischer_wandel_heft2.pdf (Abruf: 10.12.2010) [On-line].

Statistisches Bundesamt (2011). Statistisches Jahrbuch 2011. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/StatistischesJahrbuch2011.pdf?blob=publicationFile> (Abruf: 30.11.2012) [On-line].

Statistisches Bundesamt (2012a). Gesundheit - Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) Diagnosen, Prozeduren, Fallpauschalen und Cae Mix der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/FallpauschalenKrankenhaus2120640127004.pdf?blob=publicationFile> (Abruf: 30.11.2012) [On-line].

Statistisches Bundesamt (2012b). Gesundheit - Kostennachweis der Krankenhäuser. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/KostennachweisKrankenhaeuser2120630127004.pdf?blob=publicationFile> (Abruf: 30.11.2012) [On-line].

Statistisches Bundesamt (2012c). Gesundheit - Grunddaten der Krankenhäuser. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611127004.pdf?blob=publicationFile> (Abruf: 30.11.2012) [On-line].

Stemmer, R., Haubrock, M., & Böhme, H. (2008). *Gutachten zu den zukünftigen Handlungsfeldern in der Krankenhauspflege. Erstellt im Auftrag des Sozialministeriums Rheinland-Pfalz*. Mainz.

Stemmer, R. & Korporal, J. (2012). Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft und der Dekanekonferenz Pflegewissenschaft zu den Eckpunkten zur Vorbereitung eines neuen Pflegeberufegesetzes der 'Bund-Länder_Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe' vom 01.03.2012. <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/die-dgp/postionen> (Abruf: 10.12.2012) [On-line].

Thiry, L. (2009). Case Management und Prozessmanagement in Krankenhäusern. *Case Management*, 6, 63-67.

Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane.Database.Syst.Rev.*, CD000072.

**In der Reihe „Berichte aus der Pflege“ des Ministeriums für
Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rhein-
land-Pfalz sind bisher erschienen:**

- Nr.1 – September 2005
Rahmenlehrplan und Ausbildungsrahmenplan für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege des Landes Rheinland-Pfalz
- Nr. 2 – August 2005
Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur:
Abschlussbericht. Fachkräftesituation und Fachkräftebedarf in der Pflege in Rheinland-Pfalz
- Nr. 3 – September 2005
Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur:
Branchenmonitoring Pflege Rheinland-Pfalz. Verfahren und Erhebungsbogen
- Nr. 4 – Oktober 2005
Arbeit und Zukunft e.V.:
Gesunde Beschäftigung und gute Servicequalität in der ambulanten Pflege
- Nr. 5 – September 2006
Richtlinien zu den Prüfungen in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege des Landes Rheinland-Pfalz
- Nr. 6 – März 2007
Optimierung der Versorgung von Menschen mit Demenzerkrankungen in Pflegeeinrichtungen
- Nr. 7, November 2007
Abschlussbericht Branchenmonitoring Pflege Rheinland-Pfalz 2005/2006
- Nr. 8 – September 2008
Zwischenbericht Arbeitsbewältigung in der ambulanten Pflege
PIZA II-Ergebnisse
- Nr. 9 – Oktober 2008
Gutachten: Zukünftige Handlungsfelder in der Krankenhauspflege
- Nr. 10 – Oktober 2008
Altersgerechte Arbeit in der ambulanten Pflege
- Bestandsaufnahme und Ausblick
- Nr. 11 – Oktober 2008
Abschlussbericht des Modellprojektes „Optimierung der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz“

- Nr. 12 – Mai 2009
Forschungsstudie zur Verweildauer in den Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz
- Nr. 13 – August 2009
Expertise: Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld
- Nr. 14 – August 2010
Soziale Dialoge zur Förderung der Arbeitsbewältigung in der ambulanten Pflege
- Nr. 15 – Dezember 2010
Kommunale Pflegestrukturplanung - Ein Handbuch für die Praxis –
- Nr. 16 – August 2011
Entwicklung und Erprobung einer Ausbildung zur Servicemitarbeiterin bzw. zum Servicemitarbeiter im Gesundheitswesen
- Nr. 17 – Februar 2012
Branchenmonitoring Gesundheitsfachberufe Rheinland-Pfalz
- Ergebnisse aus dem Landesleitprojekt „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen“ –
- Nr. 18 – April 2012
Gutachten zum Fachkräfte- und Ausbildungsbedarf in den Gesundheitsfachberufen
- Ergebnisse aus dem Landesleitprojekt „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen“ -
- Nr. 19 – Oktober 2012
Zentrale Ergebnisse aus dem Landesleitprojekt „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen
- Nr. 20 – März 2013
GePP-Projekt - Gesund Psychiatrisch Pflegen
Ein Gesundheitsprojekt zur Ausweitung der sozialen und organisationalen Ressourcen täglicher Arbeit von psychiatrisch Pflegenden im Rahmen einer wissenschaftlichen Interventionsstudie (Mai 2007 – Juni 2011)
- Nr. 21– Juli 2013
Abschlussbericht Befragungs- und Registrierungsstelle zur Einrichtung einer Landespflegekammer in Rheinland-Pfalz
- Nr.22– August 2013
Bestandsaufnahme Ausbildungsstätten
-Teilprojekt des Landesleitprojektes „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen“
- Nr. 23 – August 2013
Gutachten Ausbildungsstätten Gesundheitsfachberufe
-Teilprojekt des Landesleitprojektes „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen“

- Nr.24–November 2013
Ausbildungsstättenplan Gesundheitsfachberufe 2013
-Teilprojekt des Landesleitprojekts „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen“
- Nr.25–November 2013
Vereinbarung zur Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe 2012 - 2015, Berufsfeld Pflege

Die Berichte sind zu beziehen über das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie, Bauhofstraße 9, 55116 Mainz oder per E-Mail:
bestellservice@msagd.rlp.de

IMPRESSUM

Herausgeber: Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie
des Landes Rheinland-Pfalz
Referat Öffentlichkeitsarbeit und Reden
Bauhofstraße 9, 55116 Mainz
www.msagd.rlp.de

1. Auflage
Mainz, Juli 2014

Verantwortlich für den Inhalt: Prof. Dr. Renate Stemmer
Prof. Ruth Remmel-Faßbender
Katholische Hochschule Mainz

Prof. Dr. Martin Schmid
Hochschule Koblenz

Prof. Dr. Reinhold Wolke
Hochschule Esslingen

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Rheinland-Pfalz herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerberinnen/Wahlwerbern oder Wahlhelferinnen/Wahlhelfern zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einer politischen Gruppe verstanden werden könnte.